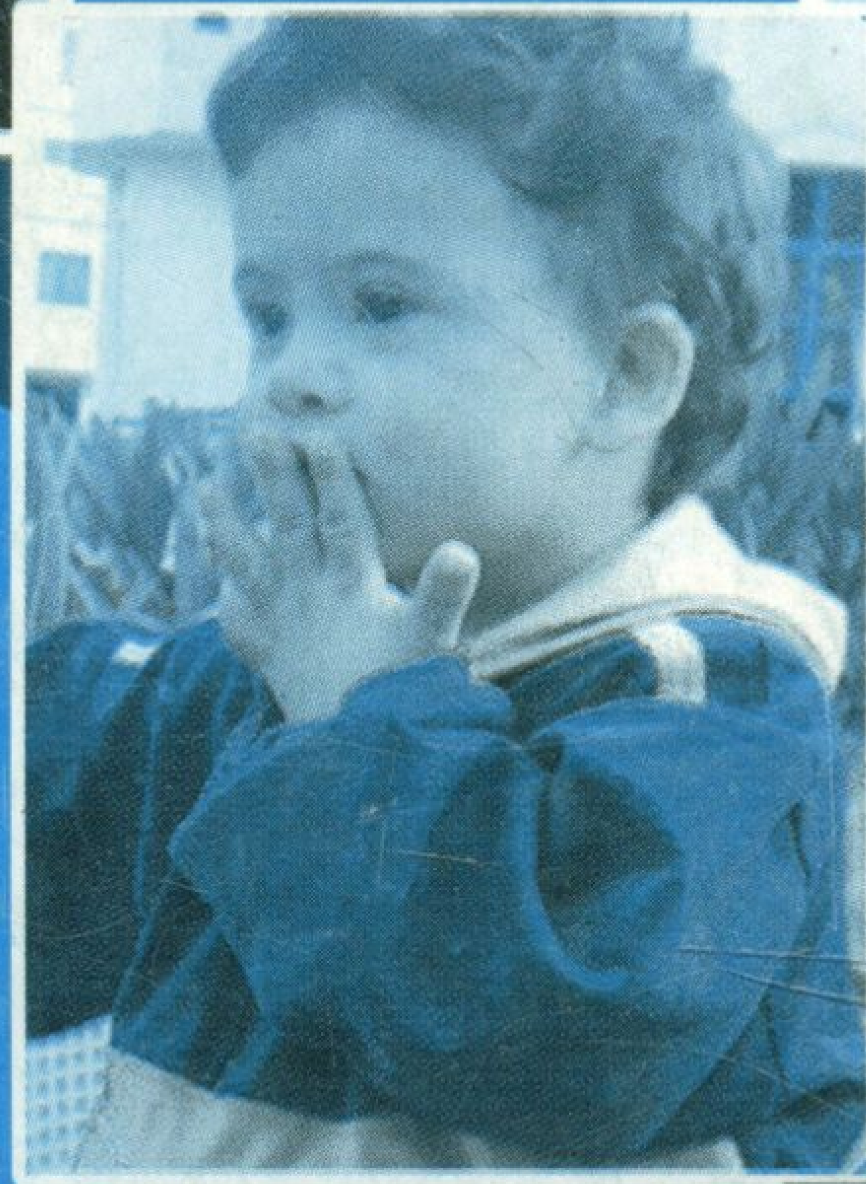
التأهيل المجتمعى لذوى الاحتياجات الخاصة







الأستاذ الدكتور
محمد سيد فهمى
الأستاذ بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية
بالأسكندرية

دكتور
محمود عبد الرحمن حسن
مدرس بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية
بالأسكندرية



تليفاكس : ٥٢٧٤٤٣٨ / ٠٣ - الإسكندرية

التاهيل المجتمعى

لذوي الاحتياجات الخاصة

التأهيل المجتمعي للذوي الاحتياجات الخاصة

الأستاذ الدكتور
محمد سيد فهمى
الأستاذ بالمعهد العالى
للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

دكتور
محمود عبد الرحمن حسن
مدرس بالمعهد العالى
للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

الطبعة الأولى
٢٠١٠ م

الناشر
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر
تليفاكس : ٥٢٧٤٤٣٨ – الإسكندرية

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ لَيْسَ عَلَى الأَعْمَىٰ حَرَجٌ وَلا عَلَى الأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ ﴾

صدق الله العظيم

(سورة النور : الآية ٦١)

إهداء

إلى كل من يمد يد المساعدة

لأبنائنا المعوقين

مقدمة الكتاب

إن الفترة الأخيرة من القرن العشرين شهدت ملامح كثيرة للتغير الاجتماعى ، واتسمت الحياة الاجتماعية بدينامية لم يشهد لها العالم مثيلا خاصة بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية ، وبعد تغيير المفاهيم التى كانت تسود العالم بالنسبة للعلاقات الانسانية ، وتحول الاتجاه الى احترام الانسان وتأكيد حقوقه فى أن يعيش حياة كريمة .

وكان من نتيجة ذلك التقدم العلمى الملحوظ فى أساليب ومجالات الرعية الاجتماعية بصفة عامة والخدمة الاجتماعية بصفة خاصة سواء على المستوى العالمى أو داخل المجتمع المصرى .

فقد أصبحت الرعاية الاجتماعية من أهم البرامج العلمية التى تستخدم فى مجتمعات العالم بنوعياتها المتقدمة والمتخلفة وتلك التى فى طريقها للنمو بقصد التدخل الواعى المخطط الإحداث تغيير مقصود به توافق الأنسان وتحسين أدائه الاجتماعى للأدوار والوظائف ألتى يضطلع بها فى عالم اليوم .. بل اننا لانتجاوز الحقيقة عندما نؤكد على أن الأخصائيين الاجتماعيين بمستوياتهم الأكاديمية المختلفة يحتلون الآن مراكز متعددة فى أجهزة الانتاج والخدمات ، سواء فى المستويات التنفيذية أو التخطيطية ، ويسهمون بجهودهم فى إعادة توزيع الموارد والإمكانيات مصادر الثروة والقوة فى المجتمع لصالح التقدم الاجتماعى والاقتصادى ، وتحسين مستوى معيشة الإنسان ورفاهيته .

وتعد برامج الخدمة الاجتماعية مع المعوقين نتيجة حتمية للتطور الصناعى والتكنولوجى وما صاحبهما من اعتماد الانسان على الآلة وما ينتج عن ذلك من مشوهين ومعوقين يمثلون طاقة انتاجية معطلة تؤدى إلى مشكلات يمكن أن تهز أسس الحياة الاجتماعية للمجتمع كله .

ولذلك فإن الخدمة الاجتماعية للمعوقين هى إيمان بالكفاية

الإنسانية ، وإيمان بقدرة الإنسان المعوق على إعادة التكيف والتفاعل والانتاج ، وقد ساعد على ذلك منا يتسم به العصر الحديث من الاعتماد على تخصص الأداء سواء كان صناعيا أو مهنيا ، مما نتج مجالات أوسع للمعوقين نظرا لاعتماد الصناعة سواء على التخصص وتقسيم العمل الذى لايحتاج فى الوقت الحاضر لقدرات بدنية متعددة.

ولقد أوضحت البحوث والدراسات النفسية والاجتماعية أن الإنسان عندما يصاب باعاقة معينة ينتابه شعور بالنقص نتيجة افتقار أو قصور جزء من التركيب الفسيولوجي له ، وقد تؤثر هذه الاعاقة أيضا فى مركزه الاجتماعى ، وبالتالى يحدث تغيير فى الادوار التى يقوم بها، ومن ثم فإنه نتيجة لهذه المشاعر النفسية السلبية المتولدة عن الاصابة بهذه الاعاقة تحدث عملية تغيير فى السلوك الاجتماعى ويصبح غير مقبول من المحيطين به .

ومن هنا فان الخدمة الاجتماعية داخل مؤسسات المعوقين تصبح ضرورة لاغنى عنها ليس فقط من أجل تعديل السلوك الغير مقبول ، بل وأيضا لدعم وتطوير السلوك الاجتماعى الايجابى المرغوب فيه لدى تلك الفئة من فئات المجتمع .

والكتاب الذى نقدمه للقارىء يتضمن من الموضوعات ما يتفق مع التقدم العلمى فى هذا المجال من مجالات المعرفة ، كما يهتم بالدراسات العلمية المنهجية التى قد تسهم نتائجها فى عمليات تطوير برامج رعاية المعوقين وتأهيلهم ، إذ ينقسم الكتاب إلى عشرة فصول رئيسية كل منها يلقى الضوء على جانب من جوانب رعاية المعوقين وتطوير السلوك الاجتماعى لديهم .

ويعتبر الفصل الأول بمثابة مدخل للدراسة نلقى من خلاله نظرة تاريخية لتطوير رعاية المعوقين ، ثم نوضح المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فى هذا المجال ، كما نوضح العلاقة بين مجال الخدمة

الاجتماعية الطبية وتأهيل المعوقين . واذا كان البعض يعتبر الاعاقة مشكلة اجتماعية فمن الضرورى أن توضح حجم مشكلة المعوقين ، وأخيرا نوضح التصنيفات المتعددة التى طرحت للمعوقين ، والأسباب المختلفة التى تؤدى للاصابة بالاعاقة .

أما الفصل الثانى فإنه يعالج الاعاقات الجسمية من خلال عرض لبعض الاعاقات الجسمية مثل شلل الأطفال Poliomyelitis ، والمقعدون Crippled وأمراض القلب Cardiac Coditions والدرن والسرطان مع توضيح لأسباب الاصابة بها وحجم المصابين بها وأسلوب تأهيلهم ودور الخدمة الاجتماعية معهم .

أما الفصل الثالث فإنه يعالج الاعاقات الحسية من خلال عرض لبعض الاعاقات الحسية من كف البصر Blind والصم Deaf وعيوب النطق والكلام وعرض لأسباب الاصابة بها ودور الخدمة الاجتماعية فى رعاية المصابون بها .

ولقد خصص الفصل الرابع للاعاقات العقلية من خلال عرض أمثلة لها مثل الفصام Schizophrenia والبرانويا Paranois وذهان الهوس والاكتئاب وذهان الشيخوخة وتوضيح أسباب الاصابة بها وحجم المشكلة وأسلوب رعايتهم .

أما الفصل الخامس فانه يحدد احتياجات المعوقين وبرامج لرعايتهم مع توضيح المشكلات الناجمة عن الاصابة بالاعاقة ، ثم نعرض بعد ذلك لخطوات التأهيل المهنى والمشكلات أو الصعوبات التى تحول دون القيام بالعملية التأهيلية على الوجه الأكمل ، والأجهزة المختلفة التى تقدم خدماتها لتأهيل المعوقين ، وأخيرا نعرض لدور الدولة فى حماية المعوقين وأوجه القصور بها .

ويتناول الفصل السادس الدور والسلوك الاجتماعى للمعوقين باعتبار المعوق شخص يقوم بأدوار متعددة تتميز بسلوك خاص من خلال

توضيح مفهوم الدور فى الخدمة الاجتماعية ، وأنواع السلوك المختلفة مع التركيز على السلوك الاجتماعى الايجابى ، وطريقة قياس السلوك ، وأخيرا تأثير الاصابة بالاعاقة على سلوك الفرد .

ويعالج الفصل السابع دور الخدمة فى دعم وتطوير السلوك الاجتماعى الايجابى للمعوقين من خلال الاتجاهات والمدارس العلمية المختلفة باستخدام طرق الخدمة الاجتماعية المعروفة .

ويتناول الفصل الثامن دور الأسرة مع الأطفال شديدى الاعاقة مثل حالات القصور الذهنى التام ، وحالات الروموتيد ، وحالات سيولة الدم ، وحالات الشلل المخى ، والصرع ، مع عرض لدور الاسرة فى دمج المعوق مع المجتمع .

ويعرض الفصل التاسع لبعض المداخل النظرية فى مجال رعاية المعوقين مثل المدخل السلوكى ، ونظرية الدور ، ونظرية اللعب ، والمدخل التفاعلى ، ونظرية المجال ، والمدخل التأهيلى ، والمدخل الايكولوجى .

وأخيرا نعرض فى الفصل العاشر لجهود الوزارات والجمعيات غير الحكومية فى مجال رعاية المعوقين .

هذا وأرجو ان يعطى الكتاب الراهن صورة متكاملة عن فئة المعوقين ، ودور الخدمة الاجتماعية فى رعايتهم ودعم سلوكهم الاجتماعى ، بحيث يسد ثغرة فى المكتبة العربية التى تحتاج إلى مزيد من الدراسات والكتابات التى تلقى الضوء على تلك الفئة التى أصابها القدر باعاقة كان لها تأثير فى القيام بدورهم الاجتماعى على الوجه الاكمل .

والحمد لله الذى هدانا إلى هذا وماكنا لنهتدى لولا أن هدانا الله.

د. محمد سيد فهمى

الفصل الأول
الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين

مقدمة

أولا : نظرة تاريخية لتطور رعاية المعوقين .

ثانيا : مفاهيم ومصطلحات .

ثالثا : الخدمة الاجتماعية الطبية وتأهيل المعوقين .

رابعا : مفهوم وفلسفة الخدمة الاجتماعية للمعوقين .

خامسا : حجم مشكلة المعوقين .

سادسا : تصنيف المعوقين .

سابعا : أسباب الإعاقة .

مقدمة

شهد القرن العشرين تطورا كبيرا فى مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم، ويرجع ذلك إلى وقوع حربين عالميتين كان من أثرهما ماظهر من نقص كبير فى القوى العاملة فى كثير من بلاد العالم، ولجأت الدول الرأسمالية إلى الإهتمام بالمعوقين ورعايتهم وتأهيلهم واعدادهم للعمل ، يحدوها الى ذلك العوامل الاقتصادية التى ترتبت على ذلك النقص الكبير فى الأيدى العاملة والمنتجة .

وإلى جانب ذلك ظهرت مشاكل اجتماعية فى كثير من البلاد كنتيجة لعجز الكثيرين من ضحايا هاتين الحربين وتعطلهم عن العمل ، فكان لزاما عليها أن تبادر الى وضع البرامج لمساعدتهم ورعايتهم وتأهيلهم .

ولجأت بعض الدول إلى وضع تشريعات تنظم هذه البرامج والخدمات، وتكفل لهؤلاء المعوقين Handicapped بعض المزايا والحقوق التى تكفل لهم الاستقرار فى الحياة كمواطنين صالحين .

لذلك كانت الخدمة الاجتماعية Social work من أهم الأساليب العلمية التى يمكن أن تعمل مع المعوقين لرعايتهم والاستفادة من قدراتهم المتاحة حتى تدعم سلوكهم الايجابى .

ونود أن نشير إلي أن فئة المعوقين فى أشد الحاجة الى تفهم بعض مظاهر الشخصية لديهم نتيجة لما تفرضه الاعاقة من ظروف جسمية أو حسية أو عقلية، ومواقف اجتماعية، وصراعات نفسية، وإلي أن تتفهم أساليبهم السلوكية التى تعبر عن كثير من هذا التعقيد والتشابك،

وبالرغم من كل ذلك فإن هذه الفئة لم تلقى حتى الآن الاهتمام المناسب من الباحثين وخاصة فى مجال الخدمة الاجتماعية .

وإن هذا الكتاب محاولة علمية لاتستهدف مجرد إثراء للتراث العلمى للعلوم الاجتماعية. وخاصة الخدمة الاجتماعية - أو إمتداد لأبعادها ووظيفتها. ولكنها إستجابة لمتطلبات الواقع الذى تعيشه المجتمعات النامية عامة والمجتمع المصرى خاصة فى مواجهة مشكلة الإنسان، ود حته النفسية ومدى أهمية الثروة البشرية فى هذه المجتمعات، لتسهم إيجابيا فى شئون التنمية التى يهدد بعض أبناءها نتيجة تعرضهم للاصابة بالإعاقة .

كما يود الكاتب أن يشير إلى الاهتمام العالمى الذى يحظى به المعوقين فى الوقت الحالى، وذلك فى الكثير من بلاد العالم المتقدم بصفة عامة، والاهتمام الرسمى والشعبى فى مصر بصفة خاصة، حتى أن هيئة الأمم المتحدة قد دعيت دول العالم إلى اعتبار عام ١٩٨١ دوليا للمعوقين، وهذا ان دل على شىء فإنما يدل على اهتمام العالم بممثليه فى أكبر المنظمات الدولية بتلك الفئة من أبناء الانسانية .

أولا : نظرية تاريخية لتطور رعاية المعوقين :

فى التاريخ القديم عانى المعوقين فى كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا أو يؤأدون وهم أطفال.. شهدت ذلك مجتمعات روما وأسبرطه وكذلك الجزيرة العربية الى جانب عديد من القبائل فى مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية في مصر والهند .

ثم جاءت الديانات السماوية بما تحمله من تعاليم المحبة والتسامح

والأخاء بين البشر فكانت نبرات تستضيىء بهداية البشرية مما أدى إلى انتشار نظم الإحسان كنظام الوقف فى مصر ونظام الملاجىء فى فرنسا وغيرها، واستمر هذا النظام عاملا أساسيا فى رعاية المرضى والمعوقين عن طريق مساعدتهم ماديا دون أى جهد فى مساعدتهم على استرداد مكانتهم في المجتمع. ولقد تميز المجتمع الإسلامى عن أوربا بنظرته الإيجابية إلى المعوقين فخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وإنشاء المستشفيات العلاجية .

ولقد عنى الخلفاء وحكام المسلمين بالمرضى والمعوقين ويبدو ذلك واضحا في اهتمام عمر بن الخطاب وعبد الملك بن مروان وعمر بن عبد العزيز وغيرهم من الخلفاء المسلمين وحكامهم بتوفير الرعاية الإجتماعية للمعوقين ، وقد بلغ من اهتمام عمر بن عبد العزيز بهذا المجال أنه حث على عمل احصاء للمعوقين، وخصص مرافقا لكل كفيف، وخادما لكل مقعد لايقوى على القيام وقوفا أو أداء الصلاة وقوفا .

ومن الحقوق التي يهبها الإسلام للمكفوف مثلا أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله أو أقربائه، وأن يشاركهم فى طعامهم من غير أن يجد هو فى نفسه غضاضة من ذلك ومن غير أن يجدوا هم في أنفسهم غضاضة من ذلك .

وفي هذا المقام جاء قول المولى عز وجل فى سورة النور :

﴿ لَيْسَ عَلَى الأَعْمَىٰ حَرَجٌ وَلا عَلَى الأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَلا عَلَىٰ أَنفُسِكُمْ أَن تَأْكُلُوا مِنْ بُيُوتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ آبَائِكُمْ أَوْ بُيُوتِ

أُمَّهَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ إِخْوَانِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخَوَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَعْمَامِكُمْ﴾
(الآية ٦١) .

والإسلام يوجب علينا ألا نتجاهل المكفوف ولو لم يحس بوجودنا، وفي هذا يقول الرسول الكريم ﷺ « ترك السلام على الضرير خيانة » ومفهوم بعض العلماء للحديث السابق أنه لايقتصر على السلام فحسب وإنما هو ضرب مثل الخطورة إهمال المبصر حق المكفوف فعدم إرشادك للكفيف خيانة، وعدم السؤال عنه خيانة، وعدم معاونته فيما يحتاج إليه خيانة.. الخ .

وفي العصر الحديث عملت الثورات الإجتماعية على نشر الاهتمام بالإنسان الفرد، والاهتمام بحقوقه وتخليصه من الظلم مما ولد الإهتمام بالضعفاء والمعوقين ، والبحث عن وسائل رعايتهم، وكان التقدم في وسائل تعليم الطفل المعوق حسيا بداية لمنطلق يدعو إلى إمكانية الإستفادة من طاقات المعوقين وتوصيل المعلومات لهم بطرق تناسبهم فكانت طريقة برايل لتعليم المكفوفين، وطريقة قراءة الشفاء لتعليم الصم بدايات هامة على هذا الطريق .

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى كانت الأعداد الهائلة من المعوقين الذين تخلفوا عن الحرب عاملا هاما في البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوبا بصيغة اقتصادية تدعو إلى الإستفادة من طاقات المعوقين المهنية في الانتاج وأنشئت أولى معاهد التأهيل المهني بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٠ ، واستمرت هذه الدعوى إلى أعقاب الحرب العالمية الثانية، وصحب ذلك التطور الهائل في الجراحة الذى جاء نتيجة للتدمير البشرى الذى حدث في الحرب الأولى، والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذى صحب التطور

التكنولوجي بصفة عامة، وجاء إعلان حقوق الانسان الصادر عن هيئة الأمم المتحدة نقطة تحول هامة فى اتجاهات مجتمعات نحو أبنائها فحلت النظرة الإجتماعية الانسانية محل النظرة الإقتد ة وأصبحت الدعوى لرعاية المعوقين وتأهيلهم إجتماعيا ليعودوا أفراد منتجين ومندمجين فى مجتمعاتهم، يتمتعون بالكرامة والسعادة وحقوق المواطنة كغيرهم من المواطنين .

لقد تضافرت جهود العلماء المفكرين فى سبيل توفير برامج التأهيل التى تساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى ما يمكن من إمكانياته فى الحياة، وذلك بتنمية مايتبقى لديهم من قدرات لأقصى ما يمكن .

ويعمل الأطباء والمهندسون والاجتماعيون على البحث فيما يساعد الفرد المعوق من وسائل تكنولوجية واجتماعية ونفسية كى يحيا فى بيئة مناسبة، ويقوم بإنشطتها اليومية بأقل جهد ممكن .

ولم تتخلف مصر عن مواكبة ركب الحضارة فى أى وقت من الأوقات بل أن التاريخ ليشهد أن مصر القديمة كانت أبر بأبنائها من سائر الحضارات ، فقد كان المكفوفين على سبيل المثال يستخدمون فى شئون الدولة ودور العبادة، كما سبقت مصر الإسلامية العالم بإنشاء المستشفيات وبيت المال والمساجد والبيمارستانات التى خصصت لمساعدة أصحاب الحاجات والملاجىء ، وكان لنظام الوقف أثر هام فى رعاية المعوقين المرضى . وفى العصر الحديث بدأت حركة الجمعيات الخيرية بإنشاء الجمعية الخيرية الاسلامية وجمعية المواساة الإسلامية وكان هدفها الأساسى هو رعاية المرضى .

كما أنشئت الجمعية العامة لمكافحة التدرن ، والجمعية العامة

لتحسين الصحة، والجمعية المصرية لرعاية العميان، وجمعية يوم المستشفيات كجمعيات تهدف إلى رعاية المعوقين وأسرهم ومكافحة المرضى والإعاقة .

وعندما صدر قانون الضمان الإجتماعى عام ١٩٥٠ أفرد بين نصوصه بابا لتأهيل المعوقين وأسرهم، ومع بداية ثورة وليو ١٩٥٢ اهتمت الحكومة بإنشاء مؤسسات تأهيل المعوقين ورعايتهم [(١)] .

ثم صدرت العديد من القوانين التى اختصت بعض موادها برعاية المعوقين وتوفيز سبل الحماية لهم مثل القانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ والقانون رقم ٣٢ لعام ١٩٦٤ والقانون ١٢٣ لعام ١٩٦٤ ، وأخيرا قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ الذى جمع شتات القوانين السابقة وسوف نتولى شرح هذه القوانين ونقدها فى الفصل الخامس من هذا الكتاب .

ولايفوتنا فى هذا المجال أن نذكر الاهتمام الرسمى والشعبى فى مصر الذى ظهر لرعاية المعوقين فى أعقاب حرب أكتوبر ١٩٧٣ وما خلفته من معوقين ومشوهى الحرب، ولقد تبلور هذا الاهتمام فى انشاء مدينة الوفاء والأمل لتأهيل المعوقين ، بالإضافة الى عقد للمؤتمرات وحلقات البحث التى تبحث مشكلاتهم وسبل رعايتهم..

وفى أواخر القرن العشرين تم انشاء المجلس القومى للأمومة والطفولة عام ١٩٨٨ الذى اهتم بدراسة ووضع البرامج الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة، واعلان رئيس الجمهورية عن عقد حماية الطفل الأول (٨٩ - ١٩٩٩) وعقد حماية الطفل الثانى (١٩٩٩ -

---

(١) د صلاح الدين الحمصانى . خدمات التأهيل فى مصر، بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين القاهرة ١٩٨١ .

٢٠٠٩) الذى اهتم بحقوق الطفل المعوق ، كما أصدرت الدولة قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ الذى أضاف العديد من المزايا لرعاية الطفولة المعوقة .

وإلى جانب ذلك تتضافر جهود عدة وزارات للعناية بتربية وتأهيل الأطفال المعوقين مثل وزارة التربية والتعليم، والشئون الاجتماعية، والصحة، والقوى العاملة وغيرها .

ومع مطلع القرن الحادى والعشرين أصبح فى مصر أكثر من ٤٠٠ جمعية غير حكومية على مستوى الجمهورية تقدم خدماتها لرعاية المعوقين.

ثانيا : مفاهيم ومصطلحات :

تواجه الكثير من العلوم بصفة عامة والعلوم الاجتماعية بصفة خاصة مشكلة التحديد الواضح لمصطلحاتها ومفاهيمها التى تميزها بدقة عن معانيها عند الناس بل عن معانيها فى علوم أخرى. كما أدى اتساع أفرع العلوم الاجتماعية إلى مزيد من التعقيد إلى الحد الذى اختلطت فيه المعانى والألفاظ وتحولت قضايا التعاريف إلى فروع رئيسية بين هذه العلوم تمثل الاجتهادات الشخصية جوانب رئيسية بينها .

ومن المعروف أن من أهم خصائص العلم التى تميزه عن غيره من ضروب المعرفة الدقة والموضوعية، ومن مستلزمات الدقة فى العلم وضع تعريفات واضحة محددة لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه العلماء فى كتاباتهم مهما كانت هذه المفاهيم بسيطة، وذلك لتجنب أى لبس فى معنى هذه المصطلحات .

وتيسيرا على القارىء سوف نعرض فى الصفحات التالية كافة

المفاهيم التى تحتويها هذه الدراســـة ومعانيها الإجرائية كما يراها المؤلف وهى :

- الخدمة الاجتماعية Social Work
- الدور الاجتماعى Social Role .
- السلوك الاجتماعى Social Behaviour .
- المعوق Handicapped .
- التأهيل Rehabilitation .

١- الخدمة الاجتماعية Social Work :

هناك العديد من التعريفات لهذه المهنة وان اختلفت بعضها عن بعض بسبب حداثة العمل بها وتطورها السريع ، بالإضافة إلى أن كل فرد ينظر إليها من منظور معين ومن هذه التعاريف ما يلى :

أ- يقول الاستاذ كاهن (Kahn) بأن الخدمات الاجتماعية تعبر عن إستجابة جديدة لمواقف جديدة فهى إختراع إجتماعى قدمه المجتمع من أجل مواجهة الحاجات المختلفة للانسان فى العصر الحديث [1] .

ب - وتعرفها الجمعية القومية للاخصائيين الاجتمـــاعيين بأمريكا بأنها :

" خدمة فنية ترمى إلى مساعدة الناس سواء أكانوا أفراد أو جماعات للوصول بهم إلى أقصى مستوى ممكن من الحياة فى حدود رغباتهم وقدراتهم وإمكانيات المجتمع " [2] .

---

(1) Alfred kahn social policy and social services. N-y. Random House, 1973. p. 6
(2) W. Fredlander. introduction to social welfare india. 1967 p 3

جـ - كما تؤكد كارول ماير (Carol H. Meyer) أنه في الوقت الذى تشتد فيه الحاجات توجد صعوبات في مواجهتها أو لا تشبع بطريقة ملائمة، وحيث لاتمارس أى مهام لاشباع الحاجة تنبثق وتظهر المشكلات ، وهنا لابد من توفير برامج الخدمة الإجتماعية بما يتفق والمرحلة العمرية، ونوع المشكلة لأولئك الذين يكونون بحاجة إلى المساعدة [1] .

تعريف الخدمة الاجتماعية :

د- ويعرف جولدشتاين (Gold stein). الخدمة الاجتماعية على أنها نوع من التدخل الاجتماعى intervention الذى يساعد على تنمية وتدعيم الوسائل التى يتمكن بواسطتها الأشخاص (إما كأفراد أو بصفة جماعية) فى حل المشكلات التى تعترض حياتهم الاجتماعية [2]

هـ - ويعرف فريد لاندر الخدمة الاجتماعية. بإنها نوع من الخدمات المهنية تعتمد على قاعدة من المعرفة العلمية والمهارات المختلفة في ميدان العلاقات الإنسانية وتمكن من مساعدة الأفراد كحالات أو كجماعات للوصول الى مستوى من التكيف والنضج والاعتماد على أنفسهم. وهي تمارس كوظائف لنوع معين من الهيئات هى المؤسسات الاجتماعية [3] .

و - ويعرفها الدكتور عبد الفتاح عثمان بإنها خدمة فنية تستهدف مساعدة الناس أفرادا أو جماعات لتحقيق علاقات إيجابية بينهم ومستوى أفضل من الحياة فى حدود قدراتهم ورغباتهم [4] .

(1) Carol H. Meyer, Social Work Practice, N.y., 1970 p. 8. 90.
(2) Fredlander, Social Welfare op. cit. 1967. p. 3.
(3) Ibid, p. 4.

(٣) د. عبد الفتاح عثمان، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية ١٩٦٨ ، ص ١٣

ونستطيع من جانبنا أن نقدم مفهوما إجرائيا للخدمة الاجتماعية :

١ - الخدمة الاجتماعية تعمل فى ميدان المشكلات الاجتماعية لتمكين الناس من مواجهة هذه المشكلات مواجهة فعالة تعمل إلى حد التغلب عليها أو التخفيف من حدة آثارها .

٢- تعتمد المهنة على ممارسة أنواع مختلفة من أساليب التدخل الموجه لمساعدة العملاء من خلال عمليات عقلانية مدروسه .

٣- يتم التدخل فى مراحل متتابعة تسير منطقيا بداية من تحديد المشكلة الى حل المشكلة مارا بمراحل بينية هى تكوين إطار معرفى حول المشكلة وأسبابها والعوامل المؤثرة فيها، ثم وضع خطة للتدخل فى ضوء إمكانيات العميل وفلسفة المجتمع، ثم تنفيذ هذه الخطة، وأخيرا المتابعة والتقييم لتحديد مدى فاعلية الحل المناسب للمشكلة، هذه المراحل هى ما تعرف باسم النموذج الاجتماعى لحل المشكلات .

٤- تتم ممارسة المهنة بإستخدام مناهج وطرق متعددة ، حيث تقوم الطريقة على توفير المعرفة والفهم والمهارات والمبادىء .

٥- تمارس المهنة عن طريق متخصصين هم الاخصائيين الاجتماعيين الذين أعدوا نظريا وعمليا لممارسة هذه المهنة .

٦- تمارس المهنة وفق نظام أخلاقى Ethic Code ينبع من قيم المهنة ذاتها التى تستند إلى إحترام كرامة الانسان وحريته وحقه فى الحياة المستقرة والحصول على المساعدة .

٧- تمارس المهنة من خلال مؤسسات بعضها تمارس الخدمة الاجتماعية كوظيفة أساسية وبعضها تمارسها كوظيفة ثانوية .

٨- لهذه المهنة أهداف وقائية وعلاجية وأنمائية .

٩- تمارس الخدمة الاجتماعية فى مختلف مجالات النشاط الانسانى وتعمل مع الانسان فى مستوياته المختلفة .

١٠- تعتمد المهنة على قاعدة معرفية عريضة من العلوم الانسانية والإجتماعية تمكنها من فهم العملاء وفهم الظروف التى تؤدى الى التكيف وتعوق الأداء الاجتماعى .

٢- الدور الاجتماعى Social Role :

لم يصل علماء الاجتماع إلى تعريف محدد متفق عليه لمفهوم الدور، ومايرتبط به من مفاهيم (المكانة الاجتماعية - الوضع الاجتماعى - المركز الاجتماعى) كمفاهيم فى نظرية الدور فكل منهم ينظر إليه من زاوية معينة متأثرا بتخصصه العلمي، ومن هذه التعاريف :

أ- يعرف لندبرج (Lundberg) الدور بأنه نمط للسلوك يتوقع من فرد ما فى جماعة أو موقف معين ، وتحدد الأدوار مايجب أن يؤديه من مناشط فى جماعته فى ضوء الثقافة [١]

ب - أما مارفن أولسن فإنه يعرف الأدوار بإنها جزء من التنظيم الاجتماعى وعنصر من عناصره، ومادام وجدت الأدوار الاجتماعية وجد مقدار من التنظم الاجتماعى لينظم هذه الأدوار بل ويحددها، والدور سلوك متوقع من العضو يجب أن يراعي المعايير السائدة فى الجماعة وتوقعات ومطالب التنظيم الاجتماعى [٢] .

(1) G.A. Lundberg. Social Roles as behaviour systems. sociology intrcdutory readings. 1962. p. 69 -73.
(2) Marving E. Olsen the process of social organization. N:y, 1968 p. 204.

جـ - كما يعرف الدكتور حامد زهران الدور بأنه نمط من المعايير فيما يختص سلوك فرد ويقوم بوظيفة معينة فى الجماعة"(١) .

د - أما الدكتور عبد الفتاح عثمان فقد وضع تعريفا إجرائيا للدور بأنه الواجبات المحددة للفرد (المريض أو المعوق) لتشكيل لونا من الالتزام نحو الجماعة التى يعيش فيها سواء فى المستشفى أو الأسرة وما إلى ذلك .والدور فى الخدمة الاجتماعية يمكن تحديده بأنه الفعل Action الذى يشير إلى تعبير الفرد عن ذاته فى إطار البناء الاجتماعى"(٢) .

٣- السلوك الاجتماعى : Social Behaviour

أ- هناك تعريف يرى أن السلوك هو عبارة عن علاقة ديناميكية بين الكائن الحى وبين بيئته"(٣) .

ب - ويرى كيرت ليفين أن السلوك هو وظيفة تفاعل الفرد مع البيئة، وأن هذا الفاعل هو المحرك للسلوك، وأن دوافع السلوك من حيث أثارتها أو تحديد نمطها واتجاهها تعتمد على الفرد والبيئة"(٤) .

جـ - وهناك تعريف آخر للسلوك الاجتماعى بأنه النوع الظاهر من السلوك فى تفاعل الناس بعضهم مع بعض"(٥) .

---

(1) Peter kelvin, the Bases of social Behaviour, london 1969. p.5.
(٢) د. حامد زهران ، علم النفس الاجتماعى ، ١٩٧٣ ، عالم الكتب ، ص ١٣٧ .
(٣) د. عبد الفتاح عثمان ، مدخل اجتماعى لعلاج مرضى النفسى ومضطربى الشخصية فى المجتمعات النامية، مجلة الصحة النفسية، مجلد ١٥ ، ١٩٧٤، ص ٣٠.
(٤) د. عبد العزيز القوصى ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٦٩
(٥) د. انتصار يونس ، السلوك الانسانى ، دار المعارف، ١٩٦٧ ، ص ٢٠٦

د- كما يعرف شريف وشريف السلوك بأنه نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل البيولوجية والمؤثرات الاجتماعية، ومن ثم نجد أن هذين الشقين من العوامل يصدر أولهما من داخل الفرد نفسه. وثانيهما من المؤثرات الخارجية [1] .

ونستطيع من جانبنا أن نقول أن السلوك الاجتماعى الايجابى هو محصلة لثمانية عوامل أساسية بعضها شخصى والآخر إجتماعى، وهذه العوامل تتفاعل مع بعضها لتعطى فى النهاية السلوك الاجتماعى الايجابى وهى :

١- السيادة الاجتماعية : Social Ascendence .

٢- المسئولية الشخصية : Personal Responsibility .

٣- الكفاية الذاتية : Self Sufficiency .

٤- القدرة الاجتماعية . . Sociability

٥- الجاذبية الشخصية : Personal Ahracttvenes :

٦- الأحساس بالأمن الشخصى : Sense of persohal security .

٧- السيطرة : Domination .

٨- الدفء الشخصى : Personal Warmness .

٤- المعوق : Handicappep

المعوق مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو

(١) د حامد زهران علم النفس الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص٩٧ .

السوى إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظـيا مشتق من الإعاقة أى التأخير أو التعويق .

وهناك عدة تعريفات للمعوق نوردها فيما يلي :

أ- المعـوق هو المواطن الذى استقـر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته، ويجعله في أمس الحاجة الي عون خارجي واع مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية يعيدها إلى مستوى العادية أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى (١) .

ب - تعرف منظمة العمل الدولية اصطلاح معوق بأنه كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصا فعليا، نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية .

جـ - ويعرف قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ المعوق بأنه كل شخص أصبح غير قادر فى الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله أو القيام بعمل آخـر والاستقرار فيه، أو نقصت قدرته على ذلك، لقصور عضوى أو عقلى أو حسى ، أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة .

د - المعوق هـو الفرد الذى لايصل إلى مستوى الأفراد الأخرين فى مثل سنه بسبب عاهة جسمانية أو اضطراب فى سلوكه أو قصور فى

(١) د. محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٣ ، ص ١٥٧ .

مستوى قدراته العقلية [1] .

هـ - المعوق هو كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ سوى فى النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية، إلى الدرجة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه [2] .

من التعريفات السابقة يمكن أن نصل لمجموعة من الحقائق :

١- إن أساس الحكم على شخص ما بأنه معوق من عدمه هو مدى مقدرة هذا الشخص على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر فإذا فقد المقدرة على ذلك يسمى معوقا .

٢- إن أنواع القصور التى تعرض لها الإنسان إما أن تكون بدنية كفقد أجزاء من الجسم أو حدوث خلل أو تشوه بها، وإما أن تكون عقلية كنقص فى القدرات العقلية، أو قد تكون حسية كفقد أو نقص حاسة من الحواس .

٣- إن أسباب هذا القصور إما أن ترجع إلى حادث، أو مرض، أو أنها خلقية من الولادة .

٤- إن هذا القصور قد يؤدى إلى حدوث عاهة ما للفرد . وقد لايؤدى إلى ذلك فإذا أدى هذا إلى حدوثها يسمى هذا الفرد معوقا .

٥- إن الإصابة التى تحدث للفرد قد تعوقه عن التكيف مع

---

(١) صمويل مويشك ، كيف ترعى طفلك المعوق ، ترجمة د. محمد نسيم رأفت ، بدون نشر ، ص ١٦ .

(٢) د عبد الفتاح عثمان وآخرون ، الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٦٩ ، ص ١٨٣ .

مجتمعه أو بيئته التى يعيش فيها، مما ينتج عنه عدم استقراره بنجاح فى حياته، وهذا بالتالى يؤدى إلى آثار اجتماعية سيئة بالضرورة

٦- إن المعوقين هم مواطنون تعرضوا بغير إرادة إلي مسببات بدنية أو عقلية أو حسية اعاقتهم عن السير سيرا طبيعيا فى طريق الحياة كغيرهم من الأسوياء .

٥- التأهيل : Rehabilitation :

هو عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنسان مع البيئة أو إعادة الإعداد للحياة. فإذا كان اختلال تكيف الإنسان مقتصرا على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى (التأهيل العلمى) أى استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، مثل حالات بتر الأطراف أو ضعف السمع أو البصر ، أما اذا كان الانسان فى حاجة إلى إعادة تكيفه من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى (التأهيل النفسى) حيث يتناوله الاخصائى النفسى بالتعاون مع الأخصائى الاجتماعى أو أخصائى التأهيل فى أغلب الحالات. واذا كان الاختلال فى التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق فإنه يحتاج إلى (التأهيل المهنى) .

وعلى ذلك فقد وضعت منظمة العمل الدولية التعريف الآتى للتأهيل المهنى للمعوقين .

التعريف :

إن التأهيل المهنى للمعوقين معناه ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل ، مما يجعل المعوق قادرا على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه وتختلف حالات الأفراد من حيث

مدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع فى وقت واحد (النفسى - الطبى - الاجتماعى - المهنى).

ولقد رأت وزارة الشئون الاجتماعية والتأمينات فى مصر، أن تجعل تعريف تأهيل المعوقين فى التشريعات المصرية شاملا لجميع أنواع التأهيل، حرصا منها على عدم اللبس الذى أدى فى الماضى إلى تضارب الاختصاص بين الوزارات ، حيث حدد قانون تأهيل المعوقين (رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥) تعريف تأهيلهم النص الآتى :

(يقصد بتأهيل المعوقين تقديم الخدمات الاجتماعية، والنفسية ، والطبية، والتعليمية ، والمهنية ، التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلفت عن عجزه).

ولو أننا راجعنا جميع التعاريف الواردة فى دوائر المعارف العلمية، أو فى تشريعات الدول الأخرى، أو في المنظمات الدولية، لما وجدنا تعريفا أكثر شمولا وأحكاما ووضوحا من هذا التعريف .

ثالثا : الخدمة الاجتماعية الطبية وتأهيل المعوقين :

الانسان كل متكامل ، تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائما، وأى اضطراب يصيب أحد هذه العناصر، فإنه يرتد إلى العناصر الأخرى ويؤثر فيها فى نفس الوقت ، وبهذا تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميدانا له أهميته. حيث تعنى بالمريض كإنسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التى يعمل على إشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبى .

ويؤمن هذا الفرع من فروع الخدمة الاجتماعية بفردية الانسان

فرغم إشتراكه مع غيره فى إصابة أو مرض بعينه، إلا أنه يختلف عن الآخرين ، بحيث يحتاج إلى أسلوب معين من المعاملة وأنواع معينة من الخدمات .

ومن الواضح أن العوامل الإجتماعية ترتبط إرتباطا وثيقا بالمرض. بل وقد تكون سببا له ولهذا يجب أن يسير العلاج الطبى والعلاج الاجتماعى النفسى جنبا إلى جنب . فالعلاج الطبى قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء، ولكنه ليس كافيا فى حد ذاته. وفى نفس الوقت فإن عدم الأهتمام بالعلاج الاجتماعى النفسى قد يكون سببا فى طول فترة المرض أو انتكاسه أو فشل العلاج الطبى .

ولكى تكون للعملية العلاجية فعاليتها فإنه لابد وأن تتكامل مجموعة الخدمات بتعاون مختلف جهود المتخصصين المشتركين فيها، وأن تسود بينهم روح الفريق .

وعلى ذلك يتضح جليا أهمية إدراك الإخصائى الاجتماعى ويقظته الدائمة لما عليه من إلتزامات أساسية نحو المريض وأسرته وتجاه فريق العلاج من المتخصصين .

وتعتمد فاعلية دور الخدمة الاجتماعية فى قدرة الاخصائى الاجتماعى على تحقيق الأتصال السليم المثمر مع الآخرين من أعضاء الفريق، وكذلك على قدرته فى الوصول إلى تقديرات سليمة للحالة وظروفها من منظور الخدمة الاجتماعية [1] .

فضلا عما تقدم نجد أن هناك مجموعة من الأسس التى تحكم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجالات المختلفة نوجزها

(1) Harriet M. Bartlett, Analyzing social work by Fields NASW, N.y. 1967, P. 45-46.

فيما يلى :

١- إذا كان للخدمة الاجتماعية أن تلعب دورها الصحيح فى أى ميدان من ميادين الممارسة، فأنه يجب أن يكون هناك إعتراف من ذلك الميدان للجوانب النفسية الاجتماعية المحددة للحاجات الانسانية .

٢- أن تشارك الخدمة الاجتماعية فى تحقيق الأهداف العامة، بالأضافة إلى الاهتمام بالحاجات التى قامت المؤسسة وبرامجها لمواجهتها .

٣- إحتفاظ الخدمة الاجتماعية كذلك بأهدافها الخاصة، حيث لايمكنها أن تؤدى وظيفتها بفاعلية فى بيئة لاتسمح لها أن تحتفظ بهويتها الخاصة .

إن التقدم الحضارى والتكنولوجى الكبير الذى يشهده العالم اليوم قد ساعد على رفع معدل الأصابة بالأمراض والعاهات ، مما أعطى للخدمة الاجتماعية الطبية أهمية واضحة بين الميادين الأخرى . بحيث أصبحت الأمراض نتيجة للضغوط البيئية والاجتماعية بطريق مباشر، أو أن لها علاقة غير مباشرة تتسبب فى فشل المريض على أدائه الاجتماعى، وفى إعاقة أحد أدواره الاجتماعية .

ويمكن تحديد ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية بصورة واضحة من خلال تطورها فى أمرين [(١)] :

١- تحول الخدمة الاجتماعية الطبية من مجرد خدمة تؤدى فى مؤسسة اجتماعية إلى نسق اجتماعى Social System له ضرورة لازمة

(١) اقبال بشير وآخرون ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٠، ص ١٣

فى المجتمع .

٢- تحول الخدمة الاجتماعية الطبية بدلا من تركيزها على التفاعل بين المريض والمجتمع، وتدخلها فى تكيف العميل للظروف الموجودة فأصبح تركيزها على رفع الأداء الاجتماعى .

ولقد عرض الدكتور ريتشارد كابوت Richard Cabot وهو من الأطباء الرواد الأوائل فى قيادة تطور الخدمة الاجتماعية الطبية - لتعريف هذا الميدان بقوله : إن الخدمة الاجتماعية تساعد الطبيب فى التشخيص والعلاج طوال فترة دراسة حالة المريض فى الموقف الاجتماعى الذى يحيط به والظروف الاجتماعية التى يعيش فيها . بالإضافة إلى ذلك فإن الأخصائى الاجتماعى الطبى يحقق المساعدة بواسطة تنظيم الموارد المتاحة فى المستشفى إلى جانب تلك التى توجد فى الأسرة والمجتمع، إلى درجة يحقق معها فاعلية العلاج الطبى [١] .

إن التعريف السابق يؤكد دور الخدمة الاجتماعية فى الميدان الطبى ، ويحدد وظيفة الأخصائى الاجتماعى ومهمته فى هذا الميدان فى ضوء الامكانيات المتاحة وهذا يتطلب تحديد المقصود بالمريض والمعوق ، وضرورة النظر إليه كانسان ذو شخصية متفردة مستقلة .

ان التعرض لمفهوم المريض كإنسان ضرورة ملحة فالأخصائي الاجتماعى الطبى يرى معاملة المريض كأنسان مرضى ، الأساس فى تصوره أن الكائن البشرى المحتاج للمساعدة هو انسان قبل كل شىء له من أحاسيسه وسماته التى تميز شخصيته عن كل شخصية إنسانية

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٣ .

أخرى وقبل أن يكون مريضا .

معنى ذلك أنه اعتراف بحتمية وجود الأخصائي الإجتماعى بجانبه بإعتباره الوحيد الذى يستطيع إضافة هذه اللمسة الانسانية فى العلاج .

وفى الحقيقة أنه لايوجد شخصان يستجيبان نفس الاستجابة، حتى لو كانا يعانيان من نفس المرض ، ومع إعتبار أن الفروق الفردية الناتجة عن الوراثة فى تفاعلها مع البيئة ومكوناتها أصبح معترفا بها ، فإن كل مريض له شخصيته التى تتميز بفروق فردية خاصة وبالرغم من ذلك فهو جزء من وحدة أكبر هى بيئته الاجتماعية، وهو جزء من المجموع الكلى للعلاقات الاجتماعية التى تحيط به .

وقد يساعد فى تمييز فردية الحالة إعتبار طبيعة المرض وشخصية المريض وبيئته الاجتماعية، ثم أنواع العلاقات والتفاعلات القائمة بين هذه الأقطاب الثلاثة (١) .

ولكن إذا كنا قد تحدثنا عن ميدان الخدمة الاجتماعية مع المرضى وأهميته فى الاستفادة من العلاج الطبى كان لزاما علينا ونحن فى سياق الحديث أن نشير سريعا إلى مفهوم كل من المرض والصحة فالمرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام، كما يحدث أيضا إذا اختل أو إنعدم التوافق بين عضويين أو أكثر من أعضاء الجسم فى أداء وظائفها (٢) .

ويعرف قاموس ويستر الدولى المرض بإعتباره حالة أن يكون

---

(١) فاطمة الحارونى ،خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، القاهرة، مطبعة السعادة،١٩٦٩ ، ص ٦١٤ .

(2) Encyclopedia of social work, N.A.S.W. 1977. N.Y. 491.

الأنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب مرض، والمعنى الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج للراحة .

والحقيقة أن للمرض معانى متعددة تختلف بإختلاف الأفراد. . هو يشتمل على نواحي، طبية وإجتماعية وإقتصادية ، ويؤثر المرض على الناس بطرق مختلفة إما مباشرة أو غير مباشرة ، وله نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات، فالخدمة الإجتماعية الطبية يهمها أن تصل للمعنى الذى يكونه المريض لنفسه عن مرضه ، ويلعب هنا الأخصائى الاجتماعى دورا رئيسيا فى ترجمة ماذا يعنى المرض لمن يتعامل معهم من المرضى ، حتى يساعدهم فى إستخدام إمكانياتهم الشخصية والاجتماعية للتغلب على المرض وإستعادة نشاطهم مرة أخرى .

ولقد عملت الخدمة الاجتماعية مع المعوقين الذين أصيبوا بأمراض مزمنة نتج عنها عاهة أو عجز ، بل وأصبح هذا الميدان مكملا لميدان الخدمة الاجتماعية الطبية بإعتباره أسلوبا علميا لتحقيق أكبر وأفضل خدمة ممكنة لتلك الفئة من أبناء المجتمع التى أصابها القدر بعاهة وذلك بأقل جهد ممكن، وتأهيلهم ومساعدتهم على التكيف مع مقتضيات الحياة الاجتماعية ومع ما تبقى لهم من قدرات وإمكانيات .

والعاهة قد تنتج عن الأمراض المزمنة بعد إتمام العلاج الطبى مثل حالات الشلل الناتجة عن مرض شلل الأطفال، والأصابات الناتجة عن سل العظام ، والصمم الناتج عن الحصبة، وفقد البصر الناتج عن الجدرى أو الرمد وغيرها، والتأهيل الاجتماعى للمعوقين يعنى ذلك الجانب من عملية الأعداد والتوجيه والتدريب والتشغيل والمتابعة المستمرة المترابطة التى تؤدى إلى تقديم خدمات مهنية مما يهيىء للمعوق فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه .

ويتضح أن الهدف من عملية التأهيل الاجتماعى للمعوقين هو إستغلال كافة ما لدى المعوق من قدرات وامكانيات واعادة المعوق المتعطل إلى العمل الذى يناسب قدراته، حتى تتوفر له فرص الكسب والاستقرار وبالتالى تزداد القوة الانتاجية فى المجتمع [1] .

وعلى الرغم من إزدياد أعداد المعوقين فى المجتمع المصرى فإن النظرة اليهم قد تطورت فى السنوات الأخيرة وأنشئت العديد من مكاتب التأهيل لتقديم الخدمة الاجتماعية لذوى العاهات فى جميع القطاعات. وقد تغير هذا الاتجاه نتيجة لعاملين أساسيين [2] .

١- مركز المعوقين فى المجتمع :

حيث يعتبر المعوقين قوة معطلة فى المجتمع فإذا لم تبذل الجهود للعناية بهم، أصبح طاقة معطلة لعملية الانتاج فى المجتمع، ويؤدى عدم الاهتمام بعلاج مشكلات المعوقين النفسية والاجتماعية إلى انحراف الكثيرين منهم لأحساسهم بالنقص ولشعورهم بالضيق من جراء نبذ المجتمع لهم، ومن ناحية أخرى فإن الفئات العاملة ينتابها الخوف والقلق من انتشار المعوقين فى المجتمع دون رعاية أو توجيه مناسب لهم .

٢- الأثر النفسى للعاهة :

تؤثر العاهة تأثيرا سيئا فى اتجاهات الفرد وميوله وتؤدي إلي زيادة حساسيته وشعوره بالنقص عندما يقارن حالته الجسمية بحالة الأفراد الآخرين . وينشأ عن الشعور بالنقص فقدان الثقة بالنفس ، والعجز عن التكيف مع الموقف الجديد أو استخدام ماتبقى لديه من قدرات فى

---

(١) د. عبد الفتاح عثمان وآخرون ، الرعاية الاجتماعية للمعوقين. القاهرة ، مكتبة الانجلو ١٩٦٩، ص ١٨١ .

(٢) اقبال بشير وآخرون ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، مرجع سابق ، ص ٢٥٣

ممارسة أعمال جديدة، فيجعل منه العجز شخصا متواكلا سلبيا .

كما تعتبر الأعاقة بمثابة حاجز نفسى بين الفرد وبيئته الاجتماعية، وينكمش على نفسه نتيجة شعوره بالأختلاف عن الآخرين .

وقد يفقد المعوق بمكانته الاجتماعية فى الأسرة أو فى المجتمع الذى يعيش فيه نتيجة عجزه عن الاستقلال والاعتماد على النفس فى قضاء حاجاته الضرورية وصعوبة حركته. وقد تضيق الأسرة به وتشعر بأنه عبء عليها وينعكس ذلك على معاملتها له، وتكون النتيجة انسحاب المعوق من مجتمع الأسرة وعدم الشعور بالأنتماء له، أو ينقلب عليه وعلى المجتمع بالسخط والعدوان .

رابعا : مفهوم وفلسفة الخدمة الإجتماعية للمعوقين :

الانسان هو أساس المجتمع ومحور رعايته.وما برامج الرعاية الاجتاعية إلا وسائل لاشباع احتياجاته وتحقيق اهدافه، ومع تغير كثير من الشعارات البالية مثل « القوة » و « البقاء للأصلح »، وتعدد الاكتشافات العلمية التى أوضحت طبيعة الانسان وسلوكه وحياته العقلية والنفسية والاجتماعية، وانتشار الايديولوجيات التى تؤمن بحق الانسان فى الحياة الكريمة والايمان بفرديته وكرامته أصبحت الاعاقة لاتعنى التقليل من قدر الانسان أو سلبا لحقوقه ألتى نصت والتزمت بها الدساتير والقوانيين العالمية، ولذلك أصبحت الخدمة الاجتماعية للمعوقين تؤمن بالآتى :

١ أن عجز الانسان هو ظاهرة طبيعية تفرض وجودها دائما وتزداد نتيجة التحضر وتعقد الحياة الاجتماعية .

٢- ان أصابة الانسان بالاعاقة هو عجز نسبى أصاب وظيفة أو أكثر ولايعنى بالضرورة عجز كلى أو توقف الحياة، فلكل فرد مواطن قوة وضعف سواء كان سليما أو معوقا .

٣- أن المعوق هو فى نفس الوقت قادر بشروط معينة ووفق تدريبات خاصة .

٤- أن أسباب الاعاقة تنجم عن التفاعل الدائم بين الفرد وبيئته، ومن ثم فإن العلم يملك امكانية احداث التلاؤم المطلوب بين المعوق والبيئة ذاتها لتحقيق التكيف المناسب .

٥- ان الخدمة الاجتماعية تنظر للمعوقين على أنهم طاقات بشرية، وان عدم استثمار هذه الطاقات يضر بالاقتصاد القومى ويعوق التنمية الاقتصادية .

٦- ان رعاية المعوقين هو واجب اخلاقى وانسانى تفرضه القيم الدينية والانسانية المختلفة، وواجب تفرضه طبيعة التكافل الاجتماعى وحق الفرد على المجتمع .

٧- انه لا مكان للتواكل والسلبية فى هذا المجتمع، والانتاج كله لخدمة المجتمع وتحقيق رفاهيته أن المجتمع هو كل إنسان يعيش على أرض الوطن ، ولذلك لم يفرق المجتمع بين معوق وسوى .

من هذا المنطلق احتلت الخدمة الاجتماعية بطرقها الثلاثة مكانها فى مجال رعاية المعوقين كأسلوب علمى لتحقيق أكبر وأفضل خدمة لهم وبأقل جهد ممكن للعمل مع هذه الفئة وتأهيلها لاعادة تكيفها الاجتماعى .

ودور الخدمة الاجتماعية لم يأتى من فراغ نابع من فلسفتها -

فمن المعروف أن الفلسفة هى مجموعة الحقائق العلمية التى يستند اليها أى علم من العلوم والتى على أساسها تتحدد وظيفة العاملين فيه - والحقائق العلمية التى تستند عليها فلسفة الخدمة الاجتماعية فى هذا المجال هى :

١ - الاعتراف بأن المعوق هو انسان أولا وقبل كل شيء وأن اهداف رعايته لاتختلف عن غيره فى الانسانية، فهو نابع من الايمان باحترام الفرد وكرامته واحترام الفروق الفردية .

٢ - أن المجتمع مسئول عن رعاية ابنائه واشباع احتياجات افراده .

٣ - مسئولية المجتمع عن الاستفادة من جميع الطاقات الموجودة فية، وان اهمال هؤلاء المعوقين هو اهمال لامكانيات يمكن استغلالها والاستفادة بها .

من ذلك يتضح أن دور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين هو نابع من فلسفتها، فكل انسان يجب أن يعمل حسب طاقاته وامكانياته، ومن حق كل فرد أن يعيش حياة حرة كريمة ويتمتع بكل ماهو متاح من خدمات وبرامج وامكانيات [1] .

خامسا : حجم مشكلة المعوقين فى مصر :

ورد ببرنامج العمل العالمى المتعلق بالمعوقين أهداف محددة لعقد الأمم المتحدة للمعوقين ١٩٨٣ - ١٩٩٢ . ويسلم هذا البرنامج بأهمية إحصاءات المعوقين بوصفها أساسا لتخطيط السياسة العامة والتنفيذ ، إذ ورد به :

---

(١) محمود محمد الزينى ، الخدمة الاجتماعية للمعوقين، الاسكندرية، دار المطبوعات الجامعية، ١٩٧٠.

ينبغي للدول الأعضاء أن تضع برنامجا للبحوث بشأن أسباب العاهات والعجز ومعدل حدوثها، وبشأن الأحوال الاقتصادية والاجتماعية للمعوقين ، ومدى توافر وفعالية الموارد القائمة لمعالجة هذه المسائل. وهكذا أدى عقد المعوقين، وبرنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، إلى استرعاء الانتباه اللازم إلى مجال من مجالات الإحصاءات كان موضوع تجاهل في معظم الأحيان، أو كانت تقلل من أهميته، ودلالته في الماضي[1] . خاصة أنه من المعروف أن التخطيط السليم لرعاية وتأهيل المعوقين يتطلب الوقوف على حجم هذه المشكلة، ومن يحتاجون إلى الخدمة من المعوقين ، وسماتهم، وخصائصهم، وأماكن وجودهم .

والأسئلة التي تطرح نفسها هي : هل لدينا إحصاءات عن عدد المعوقين في مصر موزعين حسب السن، والمرحلة العمرية، ونوع ودرجة الإعاقة، والتوزيع الجغرافي ؟ وهل حددنا أسباب الإعاقات المختلفة؟ وهل قمنا بدراسة مسحية لحصر وتحديد وتوصيف العينة؟ واذا لم تكن هذه البيانات متوافرة فكيف يمكن أن نثق في حجم العينة ؟

وتشير الأدبيات – في ميدان دراسة المعوقين - إلى وجود صعوبة بالغة في تقدير حجم المشكلة، ومدى انتشارها، وتوزيعها على فئاتها المختلفة، كما أنه ليس لدينا مايشير إلى الاتجاه في نمو أعداد المعوقين زيادة ونقصانا[2] . وتجاهل هذه الإحصاءات الدقيقة قد يرجع إلى أن

(١) اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين في مصر ، النشرة الدورية ، العدد ٣٥، سبتمبر ١٩٩٣، ص ٢.

(٢) ليلى عبد الجواد وآخرون ، واقع المعوقين في مصر ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة، ١٩٩٩ ، ص ٢ ،

مشكلة الإعاقة مـــازالت لا تطرح نفسها بعد كقضية اجتماعية تستحق المواجهة. فالقضية مازالت تواجه بأسلوب جزئى . بالإضافة إلى ندرة المسوح ، بل والبحوث الميدانية التى أجريت لهذا الهدف فى العالم بصفة خاصة، وأن ما أجرى من هذه البحوث قد يقلل من دقته للاختلاف الكبير فى تحديد من هو الشخص المعوق، الى جانب اختلاف المعايير التى استخدمت فى كل بحث، وبالتالى فى طبيعة وتركيب حجم العينات التى تجرى عليها الدراسة، أضف إلى ذلك قصور الأدوات التى يمكن استخدامها فى قياس وتحديد نوع ودرجة الإعاقة بشكل عام، فضلا عن حجم كل فئة من فئات الإعاقة. وفى أي الأماكن أو الأعمار، أو النوع ، أو المهن تكون أكثر انتشارا . هذا بالإضافة إلى أن الإعاقة أمر نسبى ، وتتوقف على نوع النشاط المطلوب ممارسته .

فعلى مستوى العالم أفادت تقارير منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٢ أن من بين سكان العالم (٥,٢ مليار) يوجد ٥٢٠ مليونا يعانون من الإعاقات المختلفة (١٠٪)، وأن من بين هؤلاء ١٧٠ مليونا يعانون من تخلف عقلى (حوالى ٣٪ من سكان العالم).

والملاحظ أن بعض الدول فى العالم الغربى وبعض الدول العربية– ومنها مصر – ركزت فى تحديدها لحجم مشكلة المعوقين على مشكلة التخلف العقلى وقد اتفقت مع تقديرات منظمة الصحة العالمية نتائج البحوث الميدانية التى أجريت فى عدد من دول غرب أوربا وأمريكا، حيث تراوحت النسب ما بين ٢,٦٪ و ٣,٢٪ . وأن أكثر من ٨٠٪ من

حالات التخلف العقلي - كما اثبتت البحوث الميدانية فى الدول الصناعية - هى من حالات التخلف العقلى البسيط (معدل ذكاء ٥٠ -٧٠)، وأن الغالبية العظمى منها لاترجع تخلفها العقلى إلى أسباب عضوية أو وراثية معروفة، بل إلى مجموعة من العوامل البيئية البحتة التى تعوق أو توقف أو لاتسمح بالنمو المتكامل للقدرة العقلية الفطرية الموروثة، وهى نتائج أكدتها بعض البحوث التى أجريت فى الوطن العربى. وأهمها : البحث الشامل الذى أجرته الهيئة العليا لرعاية وتأهيل المتخلفين عقليا فى القاهرة الكبرى عام ١٩٦٩ ، حيث كانت نسبة التخلف العقلى بين أطفال المدارس تتراوح ما بين ٣,٤١٪ ، و ٣,٩٢٪ ، وهذه النسبة كانت تميل إلى الارتفاع فى مجموعات الأحياء التى تعانى من مظاهر ونتائج الفقر كالجهل وسوء التغذية .

وقد أكد عثمان فراج على أننا نكون على مستوى معقول من الدقة والأمانة إذا اعتبرنا أن تقدير ٣٪ من أفراد المجتمع يعانون من درجة أو أخرى من التخلف العقلى . أخذا فى الاعتبار أن هذه النسب لاتضم فئات أخرى قد تتشابه أعراضها مع التخلف العقلى : مثل (الأوتزم ، وإعاقات التعلم، والتخلف الدراسى ، وبطء التعلم وأعراض الأسبرجر وغيرها). وعلى هذا الأساس يكون حجم مشكلة التخلف العقلى فى مصر (حيث مجموع السكان ٦١,٥ مليون) لايقل عن ١,٨ مليون فرد[1] .

(١) عثمان لبيب فراج ، وقفة تأمل وتقويم للوضع الراهن فى مواجهة مشكلة الاعاقة اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية ، العدد ٤٤، ١٩٩٥.

وإذا ما أخذنا منطقة الخليج والجزيرة العربية ككل، حيث يصل تعداد سكان دولها مايقرب من ٣٢ مليونا، يتضح أن نسبة مجموع المعوقين بفئاتهم المختلفة من بين مجموع السكان تصل إلى ١٠ ٪ ، وأن نسبة المتخلفين عقليا هى ٣ ٪ .

وبصفة عامة فإن هذه التقديرات الخاصة بمنطقة الخليج ليست مستخلصة من بحوث ميدانية، وإنما تعتمد على مؤشرات دولية، وقد اعتبرت انسبة الإجمالية لحالات الإعاقة فى الدول النامية ما بين ١٠ ٪، و ١٥ ٪ من أفراد المجتمع، وتعزى أسباب التفاوت فى هذه النسب بين مجتمع وآخر إلى التوزيع العمرى للسكان، والخصائص الديموجرافية للمجتمع، وموقع المجتمع على سلم التطور والنمو الاقتصادى والاجتماعى .

أما عن الموقف العالمى القائم للمعوقين سمعيا، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن ٤٢ مليون شخص فوق سن الثالثة فى العالم مصابون بضعف السمع ما بين المتوسط والشديد ، ومما لاشك فيه أن هذا الرقم قد ازداد كثيرا الآن .

وفى مصر أجريت العديد من الدراسات عن حجم مشكلة معوقى السمع والكلام. ومنها البحث الذى أجرى فى ريف مصر على السكان من عمر ٥-٨٠ سنة، حيث كانت نسبة الصم ١١ ٪ أغلبهم من النوع الحسى ، والأقلية من النوع التوصيلى ، وكان الضعف شديدا فى النوع الأول وبسيطا فى النوع الثانى ، كما وجد أن نسبة ضعف السمع الوراثى تمثل ٢٠ ٪ من حالات ضعف السمع الحسى العصبى . كما

أجرى بحث آخر على طلبة المدارس على حوالى ٨ آلاف تلميذ من سن ٦-١٢ سنة، حيث وجد أن نسبة ضعف السمع ٧.٧٪ (٥٪ نتيجة رشح خلف الطبلة، و ٢٪ نتيجة التهاب صديدى مزمن بالأذن ، و ٧ر٪ نتيجة صمم حسى عصبى من الأسباب المعروفة).

وبصفة عامة يوجد اختلاف كبير بين نسبة إعاقات السمع والكلام، فقد تراوحت النسب ما بين ٦٠ر٪ ، و ٣٧ر٪ من السكان فى التعدادات العامة [1] .

ويقدر عدد من يعانون من كف البصر فى العالم أكثر بقليل من ٥٠ مليون فرد ، يعيش ٣٥ مليونا منهم فى دول العالم النامى ، حيث تنتشر المعاناة من الأمراض المعدية، وسوء التغذية، وينتشر مرض السكر ، رغم أن الكثير من العوامل المسببة يمكن الوقاية منها ، بما يكفل ضمان خفض ضحايا هذه العوامل المسببة من ٤٥ مليونا إلى ١٥ مليونا (حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية) .

وفى تقرير أعده محيى الدين سعيد ومجموعة من الباحثين - ضمن مشروع مشترك بين جامعة الإسكندرية وهيئة امريكية معنية بشئون العمى - قدر الباحثون بعد فحص ١٢٥ ألف فرد من محافظة البحيرة. أن نسبة العمى فى القرى ١٦٢ من كل ١٠ آلاف ، وفى الحضر ٧٣ لكل ١٠٠ آلاف ، ويختلف الباحثون فى تعريفهم للأعمى حيث يعتبره البعض أنه الشخص الذى لايمكنه أن يميز الضوء من الظلام، ولكن هذا التعريف لايمكن الأخذ به عندما يكون الغرض هو

---

(١) ليلى عبد الجواد وآخرين ، واقع المعوقين فى مصر ، مرجع سابق ، ص ٤ .

تحديد درجة الاعاقة [٢] .

كما قام المجلس القومى للأمومة والطفولة بدراسة على الأطفال بعنوان الدراسة المتكاملة لظاهرة العجز بين الأطفال فى محافظات أسوان - وكفر الشيخ - الجيزة عام ١٩٩٦ .

وقد حاولت الدراسة التعرف على معدل انتشار الإعاقة بين الأطفال وكانت مواصفات العينة كما يلى ٣٠٠ أسرة من محافظة أسوان ، و ٦٠٠ أسرة من محافظة كفر الشيخ ، و ١٥٠٠ أسرة من محافظة الجيزة، وكانت معايير اختيار الأسرة أن يكون بها طفل على الأقل فى الفئة العمرية من صفر - ١٥ سنة . وجاءت أهم النتائج لتوضح أن معدل انتشار العجز فى الأطفال بلغ ٤,٥ ٪ فى محافظة أسوان بارتفاع فى الحضر عن الريف، وفى محافظة كفر الشيخ انخفض إلى ١,٩ ٪ بارتفاع فى الحضر أيضا عن الريف، كما بلغ المعدل ١,٢ ٪ فى محافظة الجيزة بارتفاع فى الريف عن الحضر. وقد أشارت الدراسة إلى أن هذا المعدل يتضمن أنواع العجز والإعاقة الشديدة، وذلك حسب المفهوم الذى تبنته هذه الدراسة، ومن النتائج أيضا وجد أن المعدل يرتفع فى الفئة العمرية من (٦ إلى أقل من ١٢ سنة) عنه فى الفئات العمرية الأخرى، وذلك فى المحافظات الثلاث، كما لوحظ أيضا فى محافظة أسوان ارتفاع نسبة التخلف العقلى بالنسبة لإجمالى الإعاقات المركبة .

وبشكل إجمالى يمكن القول إنه فى المحافظات الثلاث وجد أن

(١) نفس المرجع السابق ، ص ٥.

التخلف العقلى المتوسط والبسيط يمثل أعلى نسبة (٣١٪ تقريبا)، يليها التخلف العقلى الشديد ذو الأسباب الوراثية أو الخلل الكروموسومى [١] .

١- تقديرات الاعاقة كنسبة من إجمالى السكان فى عام ١٩٩٦ :

على الرغم من أن الإصدارات الاحصائية العالمية قد أشارت الى أن نسبة الإعاقة فى منطقة الشرق الأوسط تصل ما بين ١٠ ,١٢٪ من إجمالى عدد السكان، إلا أن التقديرات التقريبية للإعاقة فى عام ١٩٩٦- كما تبينها مصادر الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء - تصل إلى حوالى ٣,٤٪ من إجمالى السكان .

ويتضح أن الإعاقة الفكرية تمثل مركز الثقل فى عدد ونسبة المعوقين، حيث يصل عدد المعوقين فكريا إلى أكثر من مليون ونصف مليون معوق بنسبة حوالى ٧٣٪ من إجمالى المعوقين ، يليها الإعاقة الحركية بنسبة حوالى ١٤,٥٪ ، بينما لاتشكل الإعاقة البصرية والسمعية أكثر من حوالى نسبة ١٢,٥٪ من إجمالى المعوقين ، وتشير البيانات أيضا إلى تركز حالات الإعاقة فى المحافظات الكبرى .

(١) يمكن الرجوع إلى اصدارات المركز القومى للأمومة والطفولة عن العجز بين الأطفال، ١٩٩٦ .

جدول رقم (١)

تقديرات الإعاقة في مصر

١٩٩٦ - ٢٠١٦

البيـــان	١٩٩٦	٢٠٠١	٢٠٠٦	٢٠١١	٢٠١٦
الاعاقة بصرية	١٥١٥١٠	١٦٩٨٠٥	١٨٣٠٩٨	١٩٧٥٣٥	٣١٣١٧٥
الاعاقة السمعية	٩٠٩٠٦	١٠١٨٨٣	١١٠٩٨٥٩	١١٨٥٢١	١٢٧٩٠٥
الاعاقة الفكرية	١٥١٥١٠٠	١٦٩٨٠٥٠	١٨٣٠٩٧٥	١٩٧٥٣٥٠	٢١٣١٧٥٠
الاعاقة الحركية	٣٠٣٠٢٠	٣٣٩٦١٠	٣٦٦١٩٥	٣٩٥٠٧٠	٤٢٦٣٥٠
إجمالي عدد المعوقين	٢٠٦٠٥٣٦	٢٣٠٩٣٤٨	٢٤٩٠١٢٧	٢٦٨٦٤٧٦	٢٨٩٩١٨٠

المصدر : الإستراتيجية القومية للتصدى لمشاكل الإعاقة في مصر ، يوليو ١٩٩٦ .

٢- تقديرات الإعاقة فى السن من ٦-١٦ سنة فى عام ١٩٩٦ :

وتقدر النسبة بحوالى ٣,٤ ٪ كما وردت فى تقديرات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، إلا أنها قد تصل إلى حوالى ٨٪ وذلك وفقا للبحوث الميدانية التى قامت بها منظمة اليونيسيف بالتعاون مع المجلس القومى للطفولة والأمومة وترجع الاختلافات بين نسبة المعوقين فى تقديرات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، وبين نسبتهم وفقا لدراسة اليونيسف الى شمول دراسة اليونيسف على مختلف أنواع الإعاقة. وتمثل الإعاقة الفكرية بأشكالها المختلفة (التخلف العقلى البسيط ، والتخلف العقلى الشديد ، والاضطرابات

الانفعالية والوجدانية ، وصعوبات التعلم) . مركز شقل ، حيث تصل إلى نسبة ٢,٥ ٪ من إجمالي السكان في فئة العمر ٦-١٦ ., بينما تصل إلى ٤ ٪ من إجمالي عدد الأطفال في مصر كما وردت في دراسة اليونيسف (انظر جدول رقم ٢) .

وهذه النسب جميعها تقل عن التقديرات الدولية التى تصل إلى حوالى ١٠ ٪ من السكان، أي أن لدينا في مصر مايقرب من ٦,٥ مليون معوق .

جدول رقم (٢)

تقديرات الإعاقة بين الأطفال في جمهورية مصر العربية

نوع الإعاقة	النسبة الشائعة	السنة المحسوبة	١٩٩٢	١٩٩٧
كف البصر	٠,٢٥٪	٠,٢٥٪	٥٧٧٤٧	٦٦٧٦٠
ضعف البصر	٠,١٪	٠,١٪	٢٣,٩٩	٢٦٧,٤
صمم	٠,١ -٠,٢٪	٠,١٥	٣٤٦٤٨	٤٠٠٥٦
ضعف السمع	٣ر -٠,٤٪	٠,٣٥٪	٨٠٨٤٦	٩٣٤٦٤
الإعاقة الحركية	٠,٥٪	٠,٥٪	١١٥٤٩٥	١٣٣٥٢٥
إعاقة التخاطب كلية	٠,٦٣٪	٠,٦٣٪	١٤٥٥٢٣	١٦٨٢٣٥
إعاقة التخاطب الجزئى	٠,٩٥٪	٠,٩٥٪	٢١٩٤٤٠	٢٥٣٦٨٨
المشكلات الصحية الخاصة والصرع	٠,٠٧ -٠,١٥	٠,١٠٪	٢٣٠٩٩٠	٢٦٧٠٤٠
مشكلات أخرى	٠,٠٢٨٪	٠,٠٢٨٪	٦٤٦٧	٧٤٧٧
التخلف العقلى البسيط	٢,٥٪	٢,٥٪	٥٧٧٤٧٥	٦٦٧٦٠٠
التخلف العقلى الشديد	٠,٥٪	٠,٥٪	١١٥٤٩٥	١٣٣٥٢٠
الاضطرابات الانفعالية والوجدانية	٠,٥ -١٪	٠,٥٪	١١٥٤٩٥	١٣٣٥٣٠
صعوبات التعليم	١٪	١٪	١٢٣٧٥٠	١٤٥٣٨٠
الإجمالى بالمليون النسبة المئوية للمعوقين من إجمالى الأطفال		٧,٥٦	١,٨٤٦	٢,١٣٧

المصدر : اليونيسف   * دراسات سابقة   ** دراسة اليونيسف

دراسة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعنية :

ولعل أحدث دراسة أجريت لتحديد حجم المشكلة وفئاتها والعوامل المسببة لها هى التى قام به اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة للمعوقين، وقد بدأت التجربة الاستطلاعية منذ عام ١٩٩٣، وأعدت للمسح كافة الأدوات اللازمة له، وتم تدريب الباحثين، وأجريت الدراسة الاستطلاعية لاختيار أدوات البحث (١) .

وقد تم تنفيذ (الدراسة التجريبية) على عينة قوامها ٣٠٠٠ أسرة اختيرت من أربع محافظات (القاهرة ، الغربية، أسيوط، البحر الأحمر)، وروعى فى اختيار هذه العينة تمثيل الفئات المختلفة بكل محافظة، وأعلن الاتحاد نتائجها فى ديسمبر ١٩٩٧، ومما ورد فى هذه الدراسة ما يلى :

١- بلغ إجمالى العينة (مجتمع البحث) ١٣٨١٢ فردا ظهر من بينهم ٦٤١ فردا معوقا بنسبة عامة ٤,٩ ٪ ، وهذه النسبة للإعاقات الظاهرة أو التى أفصح عنها المعوقون أو أسرهم، أو قدمت شهادات تأهيل أو شهادات طبية تفيد بوجود الإعاقة، أى دون استخدام مقاييس أو فحوص أو غيرها وكاستدلالات إحصائية لنسبة شيوع الإعاقة الظاهرة فى أنحاء مصر يبين مايلى :

- تبلغ نسبة الإعاقة فى الحضر ٦,٣ ٪ .
- تبلغ نسبة الإعاقة فى الوجه البحرى ٣,٣ ٪ .

---

(١) اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، حجم مشكلة المعوقين فى مصر، النشرة الدورية، العدد ٣٥ ، ١٩٩٣ ، ص ص ٢٠ - ٢١ .

- تبلغ نسبة الإعاقة فى الوجه القبلى ٤,٠ ٪ .

- تبلغ نسبة الإعاقة فى المجتمع الصحراوى ٣,١ ٪ .

كما أشارت الدراسة إلى أن النسبة (٤,٩ ٪) ، وإن كانت تفوق ما ورد بالتعدادات العامة للسكان (من ٣ فى الألف -١ ٪) .. إلا أنه من المتوقع أن تزيد هذه النسبة على ذلك كثيرا عند قيام الاتحاد بإجراء الدراسة الشاملة للمشكلة واستخدامه للقياسات العلمية والفحوص المتخصصة لتحديد الإعاقة، ومع مزيد من التوعية والإعلام للمعوقين وأسرهم .

مما سبق يتضح لنا أن المتاح من البيانات عن حجم المشكلة غير دقيق ، فلايوجد حصر دقيق لعدد المعوقين من ذوى الاحتياجات الخاصة فى مصر. حقيقة - وكما سبقت الإشارة - توجد بعض الدراسات والمسوح التى حاولت تحديد حجم المشكلة، إلا أنه اتضح لنا اختلاف تقدير المعوقين ، وذلك بسبب عدم وجود تعريف محدد للإعاقة، وأيضا هناك اختلاف حول تصنيف فئات الإعاقة، كما توجد صعوبة فى حصر وتسجيل المعوقين، فلو طبقنا المعايير الدولية قد يقل عدد المعوقين أو يزيد ، وحتى إذا رجعنا إلى التعداد الرسمى للسكان يتضح لنا أن نسب المعوقين فى التعداد الرسمى عادة ما تتناقض مع البحوث بالعينة التى تجرى لتقدير حجم بعض فئات المعوقين ، كالتخلف العقلى ، أو ضعف السمع ، أو كف البصر ، حيث تبلغ نسبة كل فئة من هذه الفئات سنويا فى مصر أو فى الخارج أضعاف ما ورد فى تعداد السكان، الأمر الذى يتعين معه الحذر فى قبول نتائج

التعداد ، وخاصة في ضوء الصعوبات التي يواجهها في حصر المعوقين، ومنها على سبيل المثال :

١- حاجة بعض المعوقين إلى اختبارات ومقاييس وأجهزة كدرجة البصر والسمع والذكاء قبل إدراج صاحبها في فئات المعوقين .

٢- بعض الإعاقات وخاصة الناجمة عن المرض تستغرق فترة زمنية حتى تتضح آثارها ونتائجها .

٣- الأمل في الشفاء وزوال تلك الإعاقة قد يحول دون الاعتراف بوجودها أو قبولها كإعاقة .

٤- العادات والتقاليد السائدة في المجتمع حول بعض فئات الإعاقة، كالتخلف العقلي مما يحدو بالكثير إلى إخفائها، وعدم الإفصاح عن وجودها، وعدم وعي الباحثين بأهمية حصر المعوقين أو خجل بعض الباحثين من السؤال عن وجود إعاقات ، أو عدم تعريفهم لهذه الإعاقات أو بإهمية حصرها وتسجيلها .

كل هذه الأسباب تضعف الاعتماد على نتائج التعداد بوضعها الراهن في تحديد وحصر وإعداد المعوقين .

ويتوقع الخبراء أن تزداد مشكلة المعوقين نتيجة للعوامل التالية :

١- التطور العلمي في مجال العلاج الطبي والجراحة، مما يترتب عليه انقاذ المرضى من الموت بسبب أجر الحوادث والأمراض، ونسبة كبيرة منهم يتخلف لديها نوع من العجز البدني أو العقلي .

٢- التطورى التكنولوجي وازدياد حركة التصنيع والمواصلات ،

مما يزيد معدلات الحوادث

٣- زيادة متوسط عمر الإنسان .

٤- ازدياد النمو الحضارى .

ويمكن أن نشير بصورة احصائية من خلال الجدول التالى إلى الهياكل والوحدات التنظيمية التى تقدم خدماتها للمعوقين على مستوى الجمهورية من خلال ٢٢٨ جمعية وتأهيل المعوقين حتى عام ١٩٩٤ (١) .

م	الوحدة	العدد
١	مكتب التأهيل المهنى	٩٩
٢	مراكز التأهيل المهنى	٢٦
٣	مصانع الأجهزة التعويضية	١٤
٤	المصانع المحمية	٦
٥	دور حضانة معوقين	٣٥
٦	مراكز علاج طبيعى	٥٠
٧	مراكز ايواء داخلية	٢٩
٨	مدارس أو فصول تعليم	١٨٠
٩	نادى ثقافى اجتماعى	٢٥
١٠	مكاتب مساعدات	٩٣
١١	مؤسسات تدريب مهنى	٩٢

---

(١) ... رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية ، العدد ٣٩ ، ١٩٩٤ .

سادسا : تصنيف المعوقين :

تؤكد الدراسات ضرورة النظر إلى المعوقين كجماعات ذات ظروف خاصة ومشكلات متشابهة يمكن اتباع أسلوب معين معها لتقديم الخدمة الاجتماعية لها ورعايتها ...

إلا أن هذه الدراسات تضع العديد من التعريفات التى قد تختلف فى جانب أو آخر منها وقد سبق عرض هذه التعريفات فى الصفحات السابقة .

وقبل أن نعرض لتصنيفات المعوقين هناك مداخل متعددة لتحديد كل من السوى Normal وغير السوى Ubnormal يمكن حصرها فيما يلى[1] :

١- مدخل الاعراض Symptom Approach

وهو مدخل يربط الشذوذ باختلاف السلوك عن المألوف عند عامة الناس، أو صدور سلوك نعرف مقدما بشذوذه - وينقد هذا الاتجاه حيث أنه لايستطيع متابعة هذه الأعراض ومتابعة استمراريتها ومدى شدتها بأساليب مقننة .

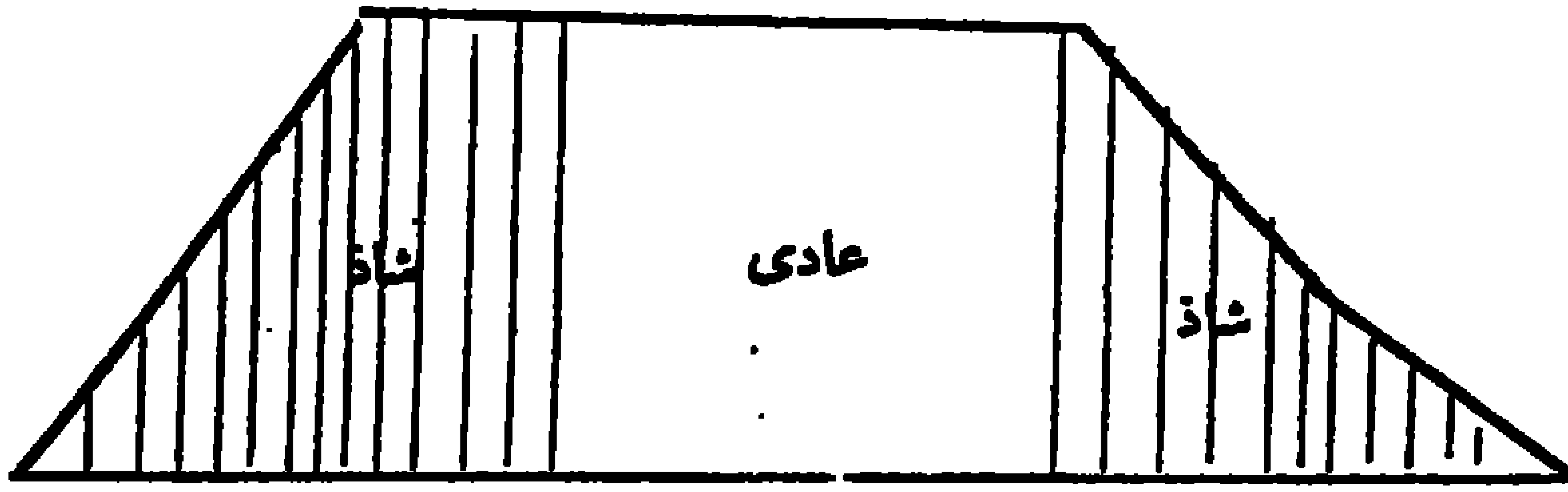
٢- المدخل الثقافى : Cultural Approach

وهو يحدد كل ماهو شاذ تحديدا نسبيا من خلال ثقافة مجتمع معين ومعتقداته، فهو ليس تحديدا عاما وإنما محدود فى جماعة صغيرة، ومن ثم يفتقد الشمول والعمومية .

(١) د. عبد الفتاح عثمان ، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين ، مرجع سابق ، ص١٣ .

٢- المدخل الاحصائى Statistcal Approach :

وهو مدخل يحسب الشذوذ من خلال الانحرافات المعيارية من المتوسطات الحسابية والنزعات المركزية من خلال ما يعرف بالفئات المتطرفة في المنحنى الجرس .



٤- المدخل الاكلينيكى Clinical Approach :

وهو مدخل موضوعى يكشف عن الشذوذ وفق إختارات ومقاييس عملية طبية أو نفسية أو اجتماعية، وان كان يتطلب مقاييس دقيقة لتحديد الشواذ مداه ومستواه .

- ومن ثم فتحديد السواء والشذوذ لابد وأن يحدد إجرائيا عند دزاسة الظواهر تجنبا لمثالب التعميم والترمينولوجيا .

- أما تصنيفات المعوقين فهى تتعدد وفقا للعامل الذى يؤخذ فى الاعتبار عند التقسيم، فلو نظرنا إلى سبب العجز نجد أن هناك مجموعة من المعوقين لأسباب وراثية أو أسباب خلقية التى ترجع لإصابات الجنين

أثناء الحمل وأثناء الوضع ومجموعة لأسباب حوادث العمل، ومجموعة أخرى لاصابات الحروب وهكذا .

وقد يصنف المعوقين بحسب عامل الزمن والثبات مثل مجوعة المعوقين ، التى تضم ذوى العاهات المزمنة التي لايرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارىء المائل الشفاء ، وتختلف الأسس التى تقوم عليها تأهيل كل منهم .

كما أن هناك من يصنفهم إلى أصحاب عجز ظاهر وهم أصحاب العاهات البدنية أو الحسية كالمكفوفين والمقعدين والصم والتخلف العقلى .. الخ .وأصحاب عجز غير ظاهر وهم مرضى القلب والدرن وغيرهم أى أصحاب الأمراض التى قد لاتبدو واضحة ظاهرة، وفى ذلك يحدثنا مارفين ب . سوسمان [1] أستاذ علم الاجتماع الأمريكى فى مؤلفه علم الاجتماع والتأهيل بأن تأهيل المعوقين يشير إلى الجهود المبذولة وفق قواعد هذا الفن مع عديد من الناس ممن أصابهم قصور بدنى أو حسى أو مجتمعى ، فمنهم المعوقين بدنيا كالمبتورين والمرضى بأمراض مزمنة أو معوقة، وكالمشوهين فى قوامهم أو تركيبهم البدنى ، ومنهم المعوقين حسيا كالمكفوفين والصم والبكم، ومنهم المتخلفون عقليا والمصابون بالأمراض العقلية والنفسية، ومنهم المدمنون على الخمر والمخدرات وكذلك المعوقن اجتماعيا كالأحداث الجانحين والمشردين والمجرمين .

أما التصنيف الشائع بين العلماء فيقسمهم حسب مجال العجز

---

(١) د. محمد عبد المنعم نور ، مرجع سابق ، ص ١٥٧.

إلى الفئات الآتية :

١- المعوقون جسميا :

وهم من لديهم عجز فى الجهاز الحركى أو البدنى بصفة عامة كالكسور والبتر وأصحاب الأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال والدرن والسرطان والقلب والمقعدين وغيرهم .

٢- المعوقون حسيا :

وهم من لديهم عجز فى الجهاز الحسى كالمكفوفين والصم والبكم وغيرهم .

٣- المعوقين عقليا :

وهم مرضى العقول وضعافها .

٤- المعوقين إجتماعيا :

وهم الذين يعجزون عن التفاعل السليم مع بيئاتهم وينحرفون عن معايير وثقافة مجتمعهم كالمتشردين والجانحين والمجرمين وغيرهم .

والغرض من تصنيف المعوقين هو مواجهة احتياجاتهم التربوية والتأهيلية ، وليس الغرض منه بأى حال من الأحوال أن يكون مجرد تصنيف احصائى يدفع فريق من المواطنين بدافع معين أو ينسبهم إلى طبقة لها سماتها وأوصافها، لذلك وتمشيا مع فلسفة التأهيل واتجاهاته، ونظرا لأن اعداد من المعوقين يكون لديها أكثر من عائق كأن يكون بجانب العائق البصرى عائق أخر مثل الصم أو الاقعاد فإن الأمر يقتضى

وضع قاعدة تبين المعاملة التأهيلية التى يعامل بها أصحاب الاعاقات المزدوجة، وكقاعدة تأهيلية عامة ينتمى كل من به اعاقة مزدوجة أو أكثر إلى الفئة ذات العائق الأشد، ويكون تأهيله ورعايته من اختصاص الهيئة التى لديها الكفاءة والامكانيات للعناية بأكثر المعوقات تعويقا .

سابعا : الأسباب التى تؤدى إلى الإصابة بالإعاقة :

لاشك أن الأسلوب العلمى الأمثل للتعرف على العوامل المسببة للإعاقة فى مجتمع من المجتمعات هو عن طريق الدراسة الميدانية والبحوث الطبية والاجتماعية والنفسية وربطها بنتائج الدراسات الإحصائية التى تحدد حجم مشكلة الإعاقة فى المجتمع وتوزيع أعداد المعوقين من حيث فئات الإعاقة ودرجاتها فى الأعمار والجنس والتوزيع الجغرافى والعوامل المسببة فى إطار الظروف البيئية والاقتصادية والاجتماعية والصحية والتشريعات القانونية التى تتناول التعريف والحقوق والمسئوليات وحماية المعاقين .

ولايغيب عن الأذهان ما لأهمية هذه البحوث والدراسات الميدانية فى رسم سياسة ورعاية المعاقين وخطط وبرامج وأساليب الوقاية والعلاج ووضع سلم أولويات لتنفيذ وإعداد الكوادر الفنية والإدارية اللازمة لتنفيذ الخطط. الكفيلة بمواجهة احتياجات قطاع كبير من المجتمع لاتقل نسبته عن ١٠٪ من تعداد السكان .

ولاشك أن غياب البيانات التى كان من المستطاع توفرها نتيجة ندرة البحوث التى يتطلب إلحاح المشكلة إجراءها هو المسئول الأول عن قصور السياسات والمخططات والبرامج العلاجية الحالية التى إذا استخدمنا

أكثر التقديرات تفاؤلا نجد إنها لاتصل الى أكثر من ٥ر٪ من تعداد الأفراد المعاقين فى العالم العربى (والتى يصل فى ضوء التقديرات الدولية الى ١٨,٥ مليون مواطن عربى) فضلا عن الأثر المباشر كغياب البحوث والإحصاءات والمسوح الميدانية - وخاصة فى مجال التعرف على العوامل المسببة للإعاقة - على القصور الشامل لبرامج الوقاية من الإعاقة فى المجتمع العربى والذى أدى إهمالها إلى زيادة كبيرة (دلت عليها الدراسات المحدودة التى أجريت فى بعض دول المنطقة) فى معدلات الإصابة بالتخلف العقلى والإعاقة الجسمية والإجتماعية وتفاقم هذه الزيادة مستقبلا مالم تعط أولويات عالية لتخطيط وانتشار البرامج الوقائية .

من هنا تبين لنا تعذر حصر العوامل المسببة للإعاقة فى المجتمع العربى والأهمية النسبية لكل منها.. وحتى تتوفر نتائج تلك البحوث والمسوح الميدانية والدراسات الإحصائية سنقتصر هنا على ما توفر من بحوث قليلة فى الوطن العربى بالإضافة إلى ما أصدرته المنظمات الدولية المتخصصة وبعض مراكز البحوث المعنية بالمشكلة بدءا باستعراض العوامل المسببة من حيث ارتباطها بالنظم والظواهر الاجتماعية والعوامل الوراثية ثم العوامل المرتبطة بالجوانب الصحية .

أولا :العوامل المسببة للإعاقة المرتبطة بالنظم الاجتماعية :

فالسلوك الاجتماعى للمواطنين يسير فى أطر وانساق تشكلها النظم الاجتماعية كالزواج الذى يمثل نظاما اجتماعيا متكاملا تتشابك

عناصره مع بقية الأنظمة الاقتصادية والسياسية والتشريعية والتعليمية التى تبنتها الدولة، ويرتبط بهذا النظام مجموعة من الظواهر والعادات والتقاليد التى تؤثر على سلوك الفرد ومواقفه واتجاهاته وتكوين شخصيته وأسلوب حياته .

وفى مجتمعنا العربى العديد من الظواهر الاجتماعية التى ترتبط بمشكلة الإعاقة نتعرض فيما يلى لبعضها :

١- الزواج المغلق في إطار الأسرة (زواج الأقارب) :

وهى ظاهرة تنتشر إنتشارا واسعا منذ قديم الزمن فى نسبة كبيرة من مجتمعات العالم العربى وخاصة بين البدو وسكان الريف - وتتضح بشكل خاص فى المجتمعات القبلية والعشائرية فى شبه الجزيرة العربية ،ومنطقة الخليج العربى وصعيد مصر وتتشابك فى تشكيل هذه الظاهرة عديد من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والاعتبارات الدينية والطائفية والأخلاقية وما يرتبط بها من عادات وتقاليد انعكست على سلوك الأفراد وقراراتهم بالنسبة لاختيار شريك الحياة تفضيلا لذوى القربى من أبناء العم والعمة والخال والخالة وصلات القربى الشديدة على مستوى أنساب الزوجين .

ولم يحد من استمرارية وانتشار تلك العادات والممارسات ما أكد الواقع نتائجه من تكرار حدوث حالات الإعاقة الجسمية والعقلية فى تلك الأسر التى تتمسك بهذه الممارسات ورغم ما أثبتته البحوث من وجود العلاقة الترابطية بين زواج القربى وحالات الإعاقة من التخلف العقلى والصم وكف البصر والتشوهات والشلل المخى وغيرها من أشكال الإعاقة.. تلك الحقيقة التى لم تخف على أقطاب الإسلام بدءا من الرسول ﷺ الذى أكدته أحاديثه الشريفة ومنهـا « اغتربوا ولاتضووا » وحديث آخر « لاتزوجوا القرابة القريبة فإن الولد بأتى

ضاويا » .

٢- ظاهرة الزواج المبكر:

وهى من الظواهر السائدة فى المجتمع العربى والإسلامى وخاصة بالنسبة للإناث والتى ترتبط بالعديد من القيم والعادات والمفاهيم والظروف الاجتماعية والاقتصادية مما يترتب عليه أن تنجب الأم أطفالا قبل أن يكتمل نضجها البيولوجى والنفسى وضعفها عند الإنجاب فتأتى بأطفال ضعاف البنية ناقصى التكوين قليلى المناعة عرضة للإصابة بالإعاقة والعجز مستقبلا فضلا عن عدم قدرة الأم على تحمل مسئولية الأمومة وقصور وعيها بالأسس الصحية والنفسية والتربوية فى تنشئة أطفالها واحتمالات المعاناة من سوء التغذية .

ومما يزيد المشكلة تعقيدا وانعكاسا سيئا على الأطفال الاتجاه السائد نحو زيادة عدد مرات الإنجاب من جهة العوامل الاقتصادية والاجتماعية ومن جهة أخرى لتعويض الفاقد من الأطفال بسبب ارتفاع نسبة وفيات الرضع والأطفال وقصر الفترات الزمنية بين الانجاب المتتالى مما يزيد من احتمالات حدوث الإعاقة بين الأطفال والضعف الشديد الذى يصيب الأم .

٣-ظاهرة انتشار الأمية وانخفاض المستوى التعليمى للأم:

لاشك أن الأم تلعب دورا رئيسيا فى تنشئة الطفل فى السنوات الهامة الأولى من حياة الطفل فهى التى تضع اللبنات الأولى فى التكوين العقلى عن طريق الثقافة وحوافز نمو الذكاء من خبرات وأحاديث والإجابة على أسئلة الطفل ، وحمايته من الحوادث والأمراض المؤدية للإعاقة وتوفير المناخ الذى تتطلبه التربية الوجدانية للطفل .

تلك المسئولية الضخمة التى تتحملها الأم تتطلب حدا أدنى من

الثقافة والتعليم إن لم تتوفر لها عجزت عن تنمية مواهب الطفل وقدراته العقلية وعن حمايته من العجز والمرض، ولعلنا ندرك الآثار الصحية المتوقعة نتيجة الأمية إذا تأملنا إحصاءات الحالة التعليمية فى الدول العربية والارتفاع الكبير لنسبة الأمية وخاصة بين النساء والتى تصل إلى ٩٥٪ فى بعض هذه الدول .

٤- خروج المرأة للعمل :

وهى ظاهرة فى تزايد مستمر نتيجة ارتفاع نسبة التعليم وحاجة برامج التنمية إلى عمالة المرأة التى تكون نسبة ٥٠٪ من المجتمع وهى تطور صحي طبيعى ولكن في غياب دور الحضانة ومراكز الرعاية النهارية للأطفال يترتب على ظاهرة - خروج المرأة للعمل افتقاد الأطفال للرعاية أثناء غياب الأم والاعتماد الأغلب على الخدم أو اللعب فى الشوارع.. ولعل فى ذلك تفسيرا لارتفاع معدلات الوفاة والإعاقة بين أطفال سن ماقبل المدرسة بصفة خاصة نتيجة الحوادث التى تصيب الأطفال داخل المنزل وفى الشوارع..

٥- العوامل الوراثية وغياب امكانية الفحص قبل الزواج :

تلعب الوراثة دورا كبيرا فى حالات الإعاقة الجسمية والعقلية التى تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الموروثات بشكل مباشر أو غير مباشر وقد يكون العامل الموروث الذى تحمله جينات الكروموسومات متنحيا لاتظهر آثاره مباشرة من الجيل السابق ولكنها تظهر بعد ذلك فى أجيال تالية مما يترتب عليه وراثة نماذج من التخلف العقلى أو فقدان البصر أو السمع أو ضمور العضلات أو التشوهات الخلقية وغيرها.. وقد لاتكون العاهة أو الإعاقة نتيجة وراثة مباشرة بل نتيجة وراثة مرضية أو خلل تؤدي إلى حالة إعاقة (كما فى وراثة خلل كرموزومي أو أحد أمراض التمثيل الغذائى أو اختلاف عامل RH فى الدم وهى أمثلة

ثلاث تؤدي إلى تخلف عقلى ، ومن الطبيعى أن تقع دراسة العوامل الوراثية فى اختصاص علماء الوراثة والفيزيولوجيا والطب والهندسة الجينية الحديثة ولكن ما يتعلق بوراثة الاعاقة كاتخاذ شريك الحياة وزواج القربى ممن هم مصابون بإعاقة معينة واتخاذ القرار بعد ذلك بإنجاب الأطفال وإهمال الفحوص البيولوجية قبل الزواج وبعد الإنجاب جميعها مواقف مرتبطة بمستوى التعليم والوعى الاجتماعى والفكرى السائد واهتمام الدولة بنشر هذا الوعى وتوفير وسائل وخدمات الفحص اللازم للمواطنين .

٦- بعض العادات والتقاليد والممارسات الخاصة :

بالإضافة إلى ما سبق من عوامل ونظم اجتماعية ذات ارتباط بالإعاقة فهناك أوضاع ومواقف وممارسات من أنواع خاصة أخرى ترتبط أيضا بالإعاقة بأنواعها مثل عادات إطلاق الرصاص فى المناسبات والأعياد وحفلات الزفاف والإنجاب ومايترتب على ذلك من إصابات مباشرة تؤدى إلي حالات من الإعاقة .

ومن هذه الممارسات أيضا قصور الوعى بأهمية التحصين والتطعيم ضد الأمراض السارية بين الأطفال والتحايل على التشريعات الخاصة بها. منها أيضا أساليب العلاج البدائية من كى واستخدام مواد قد تؤدى إلى الإصابة أو فقد البصر نتيجة عدم الإيمان والاهتمام بالإسراع بعلاج الحالات المرضية وإصابات الحوادث عن طريق الأجهزة الطبية المسئولة .

ومن ذلك أيضا التفرقة بين الأطفال الذكور والإناث وإهمال علاج البنات والالتجاء إلى الشعوذة والدجل والحلاق والعطار.. فعلى سبيل المثال كم أدى ذلك إلى فقدان البصر (كما حدث لرائد الأدب العربى طه حسين فى طفولته).

ثانيا:العوامل المسببة للإعاقة ذات الارتباط بالجانب الصحى :

الناس ليسوا سواء فى مواجهة احتمال التعرض لخطر الإصابة بقصور وظيفى أو تحول هذا القصور الوظيفى إلى نوع آخر من أنواع الإصابة وتتشابه من جهة أخرى المتغيرات والعوامل الصحية مع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية بحيث يصعب فصل أو عزل أى عامل من العوامل عن واقع الظروف المحيطة بالوضع الصحى .

وقد لايؤيد البعض هذا الرأي ولكن الواقع أن الكثير من نتائج المسوح الميدانية التى أجريت فى عدد من الدول الصناعية ودول العالم الثالث تشير بوضوح إلى صحة ذلك المفهوم وخاصة إذا كانت نظريتنا وتحليلنا للمشكلة أبعد من مجرد الاكتفاء بالمتوسطات الاحصائية والتعمق فى الدراسات المقارنة لمدى إنتشار حالات الإعاقة وتوزيعها بالنسبة للمستوى الاجتماعى والاقتصادى أو بالنسبة للمرحلة العمرية من حياة الانسان أو الظروف البيئية التى يعيشها .

الإعاقة أكثر انتشارا فى المجتمعات الفقيرة :

وقد تبين من دراسات أجريت فى الدول الصناعية وأخرى أجرتها المنظمات الدولية فى عدد من دول العالم الثالث بل وفى الدول العربية وبعض دول الخليج إن القطاعات الفقيرة من السكان سواء داخل المجتمع الواحد أو من دولة إلى أخرى هى أكثر فئات السكان تعرضا للإعاقة. ففى عام ١٩٧٥ كان العدد التقديرى للمعاقين فى العالم حوالى ٤٥٠ مليونا معاق يعيش منهم ٣٤٠ مليونا أى حوالى ٧٥٪ فى الدولة النامية، ومع نهاية القرن العشرين ارتفعت هذه النسبة إلى أكثر من ٨٠٪ .

هذا وتختلف طبيعة الإعاقة وأسبابها بين الدول النامية ففى الأولى ترجع معظم حالات الإعاقة إلى كبر السن (حيث متوسط توقع العمر

عند الولادة أكثر من ٧٠ سنة بينما يتراوح بين ٤٠ ، ٥٥ فى دول العالم الثالث) وإلى حوادث المرور والعمل والأمراض المهنية. بينما فى دول العالم الثالث ترجع معظم حالات الإعاقة إلى انتشار الأمراض المعدية (النزلات المعوية والإسهال - أمراض الجهاز التنفسى - الالتهاب السحائى - الحصبة - التراكوما .. الخ) أو إلى سوء التغذية بصوره المختلفة سواء منها ما تؤثر على النمو الجسمى (نقص البروتين والدهون والفيتامينات) أو على نمو بعض الحواس (نقص فيتامين (أ) يسبب كف البصر أو نقص اليود يؤدى الى فقد السمع) أو ما تؤثر على النمو العقلى (نقص البروتين فى المراحل المبكرة من عمر الطفل.. الخ) ويزيد من المشكلة فى الدول النامية التباين الكبير فى برامج التنمية والأوضاع السائدة بين المجتمعات الحضرية والمجتمعات الريفية حيث تنخفض الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ومستويات الصحة البيئية والخدمات الصحية وهى جميعا عوامل تزيد من توفير العوامل المسببة للإعاقة وبالتالى من نسبة المعاقين إلى التعداد العام للسكان فى هذه المجتمعات .

وفى الولايات المتحدة الأمريكية أظهر أحد البحوث التى أجريت على سكان ولاية كاليفورنيا إن معدل المتعرضين للإعاقة بين الملونين السود والهنود الحمر تقترب من ضعف هذا المعدل بين البيض الأمريكيين ، وبالنسبة للحالات شديدة الإعاقة يزيد معدلها بين السود والهنود الحمر عن الضعف لدى السكان البيض .

وفى دراسة أخرى قام بها مركز البحوث بجامعة أريزونا تبين أن نسبة التخلف العقلى بين سكان جنوب ولاية أريزونا المهاجرين من المكسيك للعمل فى حقول القطن تصل إلى ١٢٪ بينما هذه النسبة لاتتعدى بين مجتمعات البيض ٣٪ على مستوى الولايات المتحدة

الأمريكية .

ومن جهة أخرى فإن الأطفال عموما أكثر تعرضا للعوامل المسببة للإعاقة، وخاصة في المرحلة العمرية دون سن الخامسة حيث أن السنوات الأولى من عمر الفرد تلعب دورا كبيرا وأساسيا فى نموه الجسمى والعقلى ، وحيث يكون معدل سرعة النمو أكبر كثيرا من هذا المعدل فى المراحل العمرية التى تلي هذه المرحلة. وهذا يجعل أطفال مرحلة ماقبل المدرسة أكثر قابلية للتأثر ، وأكثر عرضة لمعوقات النمو أو مسببات الإعاقة. فإذا تذكرنا على سبيل المثال أن ٨٠٪ من خلايا مخ الإنسان تتكون فى فترة الشهرين الأخيرين للحمل حتى نهاية العام السادس بعد الميلاد، وأن وزن الطفل بعد الولادة مباشرة يكون ٢٥٪ من وزن « مخ الراشد » ، ويصبح ٧٠٪ من وزنه عند عمر سنة واحدة و٩٠٪ من وزن مخ الراشد عند عمر ٦ سنوات ، وأن النمو العقلى يحتاج الى نسبة عالية من البروتين فى الغذاء نستطيع أن نتصور مدى تأثر النمو العقلى للطفل فى مرحلة ما قبل المدرسة إذا ما عانى هذا الطفل من سوء التغذية خلال هذه المرحلة، وخاصة النقص فى البروتين اللازم لتكوين ونمو خلايا المخ ، وهذا ما تؤيده – البحوث المشار أليها أعلاه حيث تبين الارتفاع الكبير فى نسبة انتشار التخلف العقلى فى المجتمعات الفقيرة التى تعانى من سوء التغذية وغياب البروتين الكافى فى غذاء الطفل والأمهات الحوامل والمرضعات .

كذلك نستطيع أن ندرك مدى تأثر النمو الجسمى للطفل بسوء التغذية إذا تذكرنا أن وزن الطفل يزيد ضعفين فى الشهر السادس من عمره، وثلاثة أضعاف وزنه فى نهاية العام الأول من عمره عن وزنه عند الميلاد، وهى سرعة فى النمو الجسمى لاتحدث فى حياة الانسان وفى نموه بعد العام الأول من عمره إطلاقا .

وفى استعراضنا لأسباب الإعاقة لابد أن نأخذ فى الاعتبار أنه من النادر أن تكون الإعاقة المعينة نتيجة لعامل واحد بل الغالب أنها تحدث نتيجة لأكثر من عامل بل وكثيرا مايصعب تحديد سلسلة العوامل أو الأحداث التى أدت إلى حالة الإعاقة.. وترجع الإعاقة إلى عشرات بل مئات من الأسباب قد تكن أسبابا طبية نتيجة أمراض وإصابات أو أسباب اجتماعية أو اقتصادية أو مهنية أو نفسية. ومن جهة أخرى قد تكون هذه الأسباب متعلقة بالفرد نفسه أو مرتبطة بالبيئة التى يعيش فيها، وقد ترجع إلى أسباب خلقية وراثية أو غير وراثية، وقد تكون الإعاقة نتيجة لكوارث طبيعية «كالزلازل ، والبراكين ، والفيضان، والجفاف» . أو كوارث من صنع الإنسان كالحروب والثورات .. الخ. وعلى هذا فإن تصنيف هذه الأسباب يختلف من مدرسة إلى أخرى ومن علم إلى أخر، فالإعاقة لاتدخل فى اهتمامات العلوم الطبية فقط ، ولكنها تدخل فى كثير من الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية والتربوية والنفسية والمهنية والصناعية وغيرها .

وسنحاول فى الصفحات التالية عرض العوامل المسببة للإعاقة بقدر من الشمول :

- **العوامل المسببة للإعاقة :**

١- عوامل خلقية :

وهى عوامل ذات أهمية يمكن تقسيمها إلى عوامل وراثية جينية، أو عوامل غير وراثية ، والأخيرة تتضمن النتائج المترتبة على الأمراض أو الاضطرابات الوظيفية التى تصيب الجنين أثناء الحمل أو الولادة .

أ- عوامل وراثية جينية :

وهى تصيب مايقرب من ٣٪ من الولادات فى العالم، وتتعرض

نسبة كبيرة منها إلى وفاة مبكرة، وهي تظهر في الأطفال بعد الولادة وحتى سن البلوغ بشكل تخلف عقلي ، أو قصور ، أو فقد كامل للبصر أو السمع، وتشمل حالات القصور العضلي الحركي واضطرابات القلب والجهاز الدوري وانحناء العمود الفقري وصعوبة النطق والكلام وتشوه الأقدام والشفة (سقف الحلق المشقوق) والأورام الليفية أو خلل في الجهاز البولي أو الهضمي .

ب - عوامل غير وراثية :

يولد في العالم سنويا مايقرب من ١١٠ مليون طفل ، وتعتبر العوامل غير الجينية أو الوراثية من العوامل المهمة التي تقود إلى الإعاقة في الدول الصناعية والدول النامية على السواء. ولما كانت النسبة الأكبر من الولادات (٧٥٪) تحدث في الدول النامية حيث تنتشر الأمراض وسوء التغذية، ولاتتوفر الخدمات الصحية ضد الأخطار التي يمكن أن تؤثر على جنين الحامل عنها في الدول الصناعية، على سبيل المثال ٣٥٪ من الأطفال التي تولد سنويا في الهند ، وسيريلانكا تكون ناقصة الوزن بدرجة كبيرة (أقل من ٢,٥ كيلو جرام) بسبب سوء التغذية مقابل ٦-٨٪ في أوربا ، ولهذا فإنه من الطبيعي أن نتوقع أن نسبة حالات الإعاقة نتيجة هذه العوامل في الدول النامية تكون أكبر بكثير منها في الدول الصناعية .

وفيما يلي عرض لبعض هذه العوامل :

١- سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل :

حيث تعرقل النمو الجسمي للجنين وتطور نموه العقلي . ومن المعروف أن نقص البروتين والفيتامينات والسعرات الغذائية المتوفرة للحامل في الدول النامية التي تعاني من ظروف اقتصادية سيئة (حيث تولد النسبة الكبرى بين أطفال العالم) شائع الانتشار ، ولهذا فإن نقص

وزن الوليد المترتب على ذلك يعتبر عاملا مهما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض بين أطفال هذه الدول مما يشكل العامل الأساسى فى زيادة نسبة حالات الإعاقة فى مجتمعات هذه الدول، ويزيد من حدة هذا العامل قصور الوعى الغذائى والزواج المبكر للمرأة وتكرار الإنجاب .

٢- الأمراض التى تصيب الأم الحامل :

والأمراض المعدية تؤثر تأثيرا شديدا على الجنين ففى الولايات المتحدة وحدها تكشف الإحصاءات على أنه فى عام ١٩٦٤ ، ٣٠,٠٠٠ طفل على الأقل من المعاقين ترجع أسباب إعاقاتهم إلى وباء الحصبة الألمانية التى انتشرت فى ذلك العام، وكانت إصابات الأمهات الحوامل بها هى السبب المباشر لهذه الإعاقة. ومن الأمراض المعدية الأخرى التى تؤثر على الجنين فى فترة الحمل الأنفلونزا والزهرى ..

ومما يؤثر على الجنين أيضا إصابات الأم الحامل بالسكر والتهاب الغدة الدرقية وتعاطيها بعض العقاقير الطبية بدون إذن الطبيب وادمان المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة والتسمم الدموى وغيرها. كذلك هناك أثر مباشر على الجنين نتيجة لتكرار تعرض الأم أثناء فترة الحمل لأشعة (X) أو المواد أو النظائر المشعة .

إن التعقيدات والمضاعفات التى تحدث أثناء « الولادة العسرة بالجفت أو الشفط أو إعطاء مخدر أثناء الولادة أو الولادة القيصرية أو الجافة »، وإصابات المخ أو كسر العظام، التى قد تحدث للطفل أثناءها تؤدى الى العديد من جالات الإعاقة كذلك حالات التفاف الحبل السرى، وقلة أو منع وصول الأكسجين إلى الجنين أو اضطرابات الجهاز الدورى كلها تسهم فى زيادة نسبة الإعاقة

هذا ولاشك أن الزواج المغلق « زواج الأقارب فى القبيلة أو الأسرة الواحدة » ، وللزواج المبكر والمتأخر للمرأة علاقة بكثير من حالات

الإعاقة لأطفالهن .،

وقد يكون من العسير الوصول الى تقدير دقيق لنسبة الذين يعاقون نتيجة لهذه العوامل بسبب تباين الظروف ومستوى الرعاية، وتوفر الخدمات الطبية والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية من دولة إلى أخرى،ولكن منظمة الصحة العالمية تقدر الذين يصابون بإعاقة تقيمها في حدود ٥ ٪ من سكان العالم .

٢- الأمراض المعدية السارية :

تسهم هذه الأمراض في زيادة نسبة المعاقين في العالم بأساليب متعددة منها :

أ- الضرر الذى يحدث للجنين عند إصابة الأم بالمرض المعدى أثناء الحمل .

ب - الاضطرابات أو الخلل في التغذية والتمثيل الغذائى المترتب على الإصابة بالأمراض المعدية كما يحدث في حالة النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال وما يترتب عليها من إضعاف القدرة على امتصاص الغذاء وبالتالى نقص - المناعة ثم الإصابة من جديد فهى حلقة مفرغة من نوبات الإسهال وسوء التغذية حيث تؤدى كل منها للآخر وكثيرا ما تؤدى إلي حالة جفاف تنتهى بالموت أو الإعاقة إذا لم تسعف فورا .

جـ - الحالات المزمنة من هذه الأمراض أو تكرار حدوثها تؤدى الى العجز أو فقد القدرة على العمل كما فى حالات السل المزمن أو الملاريا .

د - قصور القدرة على ممارسة العلاقات والأنشطة الاجتماعية أو نبذ المجتمع للمريض خشية العدوى كما فى حالات الجذام والسل .

هـ - تؤدى الإصابة ببعض الأمراض المكروبية أو الفيروسية المعدية إلي حالات إعاقة دائمة حتى ولو كانت فترة الإصابة بالمرض

قصيرة وشفى منها المريض كما فى حالات شلل الأطفال أو الالتهاب السحائى أو التراكوما .

و - هنا أيضا يتعذر الوصول إلى إحصاءات دقيقة عن حالات الإعاقة المترتبة على الأمراض المعدية، وخاصة وأن الغالبية العظمى منها يحدث فى الدول النامية حيث لاتتوفر نظم التسجيل والإحصاء الطبى . ولكننا سنحاول فيما يلى الإشارة إلى التقديرات التى أمكن الوصول إليها بقدر الإمكان عند عرض أهم الأمراض المعدية ذات الصلة الوثيقة بالإعاقة وهى :

* شلل الأطفال :

تشير التقديرات إلى أن نسبة الاصابات بهذا المرض قبل اكتشاف اللقاح الواقى منه كانت تقدر بحوالى ٣ فى كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان كل عام فإذا استخدمنا هذه النسبة فى الحاضر لتقدير عدد الإصابات السنوية فى مجتمعات الدول النامية التى لاتغطيها برامج التحصين (٢,٥ مليون) فإننا نجد أن هناك مايقرب من ٧٥٠٠٠ إصابة سنويا، فإذا أخذنا ١٥ سنة عمرا افتراضيا وسيطا لمن ينجوا من الموت بسبب المرض يمكننا أن نقدر عدد المصابين بالإعاقة حاليا نتيجة شلل الأطفال بما يقرب من ١,٥٠٠,٠٠٠ حالة « هذا ولايدخل تحت هذه الفئة حوالى ١٥ مليون من سكان العالم يعانون من الشلل المخى » .

* التراكوما :

تعتبر التراكوما أكثر أمراض العيون المعدية انتشارا فى العالم حيث تصيب ما بين ٤٠٠ ، ٥٠٠ مليون فرد ، ومن بين هؤلاء ٢ مليون على الأقل فقدوا بصرهم كلية، وحوالى ٨ مليون يعانون من قصور شديد فى الأبصار بدرجة تحول بينهم وبين أداء أعمال مهنية ذات عائد يذكر .

* الجذام:

ويقدر عدد المصابين بهذا المرض بحوالى ١٥ مليون فى العالم ربعهم على الأقل معاقين، أى حوالى ٣,٥ مليون فرد .

وهناك أمراض معدية أخرى تؤدى إلى حالات إعاقة لن يتسع المجال لتغطيتها فى هذا العرض س منها الملاريا ، والسل ، والتهاب الغدد النكفية ، والالتهاب السحائى.، والحمى الروماتيزمية، والحصبة ، والأمراض السرية، والإصابة بالطفيليات ، والتهاب الدماغ النخاعى وغيرها ».

وتقدر نسبة الإعاقة بهذه المجموعة من الأمراض المعدية وحدها بحوالى ١ ٪ من سكان العالم. ولاشك أن الإعاقة نتيجة الأمراض المعدية يمكن الوقاية منها بالتطعيم والتثقيف الصحى وصحة البيئة ورفع مستوى الوعى نحو التغذية السليمة والوقاية من التلوث .

٣- أمراض جسمية غير معدية :

وبالرغم من نسب الإعاقة الناتجة عن هذه الأمراض، قد أمكن تقديرها فى الدول النامية. فقد بينت دراسة صحية فى أمريكا أن ١١,٦ ٪ من أفراد المجتمع يعانون من درجة صغيرة أو كبيرة من الإعاقة نتيجة هذه الأمراض المزمنة من بينهم ٢,٩ ٪ عاجزين عن القيام بأية أعمال ، ٦,٢ ٪ بدرجة متوسط ، و ٢ ٪ بدرجة بسيطة، وهذه الأمراض قد تكون حركية (كحالات الإنزلاق الغضروفى وروماتيزم المفاصل والشلل .. الخ) وأمراض القلب والصرع والسرطان وأمراض العيون والأذن والأسنان وأمراض السكر وأمراض الجهاز التنفسى وضغط الدم .

وأمراض كبر السن ، وتقدر منظمة الصحة العالمية حالات الإعاقة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية بما لايقل عن ٢٠ مليون فى

العالم مع ملاحظة ارتباطها بكبر السن، وأن انتشارها فى الدول الصناعية أكبر منها فى دول العالم الثالث حيث قلة من سكانها يصابون إلى فوق ٦٥ سنة من عمرهم .

ويعتبر السرطان مسئولا عن نسبة كبيرة من حالات الإعاقة، وخاصة سرطان اللسان والحنجرة والفم والبلعوم التى تصيب مايقرب من ٧٥ر٪ من سكان العالم. ومن جهة أخرى تؤدى حالات نزيف المخ وجلطة المخ والشلل المخى إلى إعاقة حركية تتوقف شدتها وموضعها حسب شدة الإصابة .

٤- الاضطرابات النفسية والعقلية والوظيفية :

وتقدر الولايات المتحدة نسبة الإصابات الشديدة «شيزوفرانيا وبارنويا» بما يقرب من ١ ٪ من السكان، أما الحالات التى تقعد المريض فى المستشفى لفترة من عمره فتصيب مايقرب من ١٠ ٪ من المجتمع وتشير احصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك : ٤ مليون من سكان العالم يعانون من هذه الأمراض يحتلون ربع مجموع أسرة المستشفيات هذا خلاف مرض الصرع الذى يصيب حوالى ١٥ مليون من سكان العالم، كذلك تعتبر بعض الانحرافات النفسية، وسوء التكيف مسئولة عن الكثير من أعراض وعيوب النطق والكلام، وتلعب أساليب التربية فى الصغر دورا كبيرا فى إحداث هذه الأعراض بكثير من حالات التأتأة وصعوبة النطق والكلام والتى تعود إلى التفرقة فى المعاملة من الآباء والقسوة الزائدة أو الحماية الزائدة والتدليل والحرمان العاطفى .

٥- الحوادث :

أ- حوادث الطريق والمرور، وتكون مسئولة عن ٨٫٥ ٪ من المعاقين فى العالم ولو أن هذه النسبة تختلف حسب درجة التحضر والتصنيع والحالة الاقتصادية للدولة (حوالى ٣٠ مليون فى العالم) .

ب - حوادث العمل وهي مسئولة عن ٤,٥ ٪ من المعاقين في العالم (حوالي ١٥,٥ مليون فرد في العالم).

جـ - حوادث المنزل، وهي مسئولة عن ٦,٥٪ من حالات الإعاقة في العالم، وقد تكون أكثر من ذلك بكثير في المنطقة العربية، وخاصة بالنسبة للأطفال أعمار ٣-٦ سنوات، ويقدر عدد المعاقين في العالم بسبب حوادث المنزل بحوالي ٣٠ مليون فرد.

د- حوادث أخرى نتيجة الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والعواصف أو كوارث من صنع الإنسان كالحروب والثورات والجريمة والرياضة وأحيانا تؤدي إلى حالات إعاقة يصعب تقديرها من مجتمع إلى مجتمع ومن وقت لآخر، ومع هذا فيقدر عدد المعاقين في العالم نتيجة الحروب وحدها مايقرب من ثلاثة ملايين معاق، كما أن في لبنان وحده ١٦٢ ألف معاق نتيجة الحروب الأهلية.

٦- الإدمان على المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة:

ويعتبر هذا الإدمان من أهم أسباب الإعاقة في بعض دول العالم، ولو أن الإدمان كسبب للإعاقة «أو الوفاة» كثيرا مالا يظهر في الإحصاءات الرسمية وتختلف لأسباب اجتماعية وراء أسباب أخرى فعلية، ولهذا يصعب الحصول على إحصاءات دقيقة بشأنه، ومع هذا فقد اتضح من بعض الدراسات المسحية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في ١٤ دولة أن نسبة المدمنين على المسكرات تزيد عن ٢٪ من المجتمع، وأن هناك ٤٠ مليون قد أصيبوا بالعجز بسبب الإدمان.

وفي دراسة أخرى في شيلي تبين أن ٥٪ من السكان الأكبر من ١٥ سنة مدمنون مسكرات بالإضافة إلى ١٥٪ أخرى يتعاطون المسكرات

بإسراف ، وفى فرنسا تقابل هذه النسبة ٤ ٪ ، ٩ ٪ .

وهناك صعوبة أكبر فى الحصول على إحصاءات عن إدمان المخدرات ، وهى تختلف من مجتمع إلى آخر، وتقدر بحوالى ١-٢ ٪ فى إيران ، وأن ١٠ ٪ من السكان فى الولايات المتحدة يتعاطون نوعا أو آخر منها، ولو لفترات من حياتهم، ويقدر نسبة المعاقين بسبب الإدمان بما يقدر من ١-٢ ٪ من سكان العالم .

٧- نقص وسوء التغذية :

ينتشر سوء التغذية فى العالم النامى انتشارا كبيرا وتعتبر من أكثر مشكلات الصحة العامة التى تصيب ما يقرب من ٥٠٠ مليون فرد فى الدول النامية. ولسوء التغذية آثار كبيرة ضارة على الرضع والأطفال والحوامل والمرضعات بصفة خاصة .

وينتشر سوء التغذية وخاصة نقص البروتين والسعرات الذى يعتبر من أهم أمراض التغذية مالا يقل عن ١٠٠ مليون طفل دون سن الخامسة فى كثير من دول العالم الثالث .

ويتسبب نقص فيتامين (أ) في الإصابة بالفقد الكلى أو الجزئي للبصر، وتقدر بعض الإحصائيات أن أكبر من ١٥٠,٠٠٠ طفل فى العالم النامى يفقدون بصرهم سنويا نتيجة هذا السبب وحده .

ويصيب الجويتر أكثر من ٢٠٠٠ مليون فرد فى العالم ويؤدى سوء التغذية إلى كثير من حالات التخلف العقلى ، وخاصة نقص البروتين فى غذاء الأم خلال فترة الحمل ، أو فى غذاء الطفل فى الشهور الأولى من عمره .

يعانى نسبة عالية من الأمهات الحوامل من الإنيميا ، وكذلك

نسبة عالية من الأطفال، مما يؤدى الى حالات إعاقة وبالتالى قصور فى الإنتاج ويصعب تحديد النسبة الحقيقية للمعاقين نتيجة سوء التغذية، ولكن تقديرها بحوالى ١٠٠٠ مليون فرد فى العالم يمكن أن يكون تقديرا معقولا .

كذلك تجدر الإشارة إلى أثر نقص فيتامين (أ) على كف البصر، وأثر نقص فيتامين (د) والكالسيوم على نمو العظام وارتفاع نسبة المصابين بالكساح نتيجة هذا النقص، ومن أهم أسباب سوء التغذية فى مرحلة الطفولة قصور الوعى الغذائى والفقر والإصابة بالنزلات المعوية والأمراض الطفيلية وعزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعى .

٨- كبر السن :

ويمكن تقدير المعاقين فى هذه الفئة العمرية بأنهم يكونون ٢٠٪ ممن هم فى عمر ٦٠ سنة وأكثر . وتزداد هذه المشكلة إلحاحا بزيادة نسبة كبار السن فى المجتمع نتيجة تحسن الأحوال والخدمات الصحية .

٩- عوامل أخرى :

ويدخل فى إطارها الولادات المتعسرة، أو الناقصة والأمراض المهنية، وحالات التسمم من سموم الجو أو الماء أو المواد السامة والحريق والجريمة وتقدر نسبة من يعاقون بهذه الأسباب من ٢-٣ مليون فرد .

الفصل الثانى

الإعاقات الجسمية

مقدمة .

أولا : شلل الأطفال .

ثانيا : الأقعاد .

ثالثا : أمراض القلب .

رابعا : الدرن .

خامسا : السرطان .

مقدمة

الإعاقة الجسمية هي ما تتصل بالعجز فى وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة Motor كالأطراف أو المفاصل ، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب أو الرئتين وما أشبه .

والمقصود بالاعاقة الجسمية ليست حالات الأمراض العارضة أو حتى «المزمنة التى لايترتب عليها عجزا حقيقيا فى قدرة الإنسان الطبيعية على أداء دوره الاجتماعي، ولكن يعنى بها الأصابة الجسدّية التى لها صفة الدوام والتى تؤثر تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء أكان تأثيرا تاما أو نسبيا [1] » .

ومن ثم سوف تركز فى هذه الدراسة على بعض الإعاقات الجسمية المنتشرة فى مجتمعنا على سبيل المثال وليس الحصر وهى : شلل الأطفال، الأقعاد ، أمراض القلب ، الدرن ، والسرطان .

أولا – شلل الأطفال : Poliomyelitis :

إن هذا المرض فى غاية الأهمية بالنسبة للمهتمين بالتأهيل المهنى للمعوقين، فكثير من المشكلات التى يواجهها المصاب بشلل الأطفال تنصب على القيود التى يفرضها المرض على حركته الجسمية. والكثير من هذه المشكلات تدور حول السلوك Behaviour والتكيف النفسى للمريض ، وكذلك تكيف المقربين اليه إزاء هذه الاعاقة ونتائجها،

---

(١) د. عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، ص ٨٣ .

لذلك أصبح من الضرورى تفهم المرض وأسبابه ونتائجه والتدابير التى يمكن إتخاذها للسيطرة عليه والوقاية منه .

وفى الحقيقة إن هذا المرض على الرغم من تواجده منذ القدم إلا أنه لم يلفت أنظار الأطباء في العصر الحديث إلا فى أوائل القرن العشرين حيث روع العالم بالأوبئة المتكررة التى اجتاحت أوربا وأمريكا الشمالية واستراليا وغيرها، لذلك نشطت البحوث العلمية فى جهات متعددة من العالم، وأمكن فصل الفيروس المسبب لهذا المرض بفصائله الثلاثة من إفرازات المريض، وذلك بعد اكتشاف إمكانية زرعة على مزرعة الأنسجة الحية. وأمكن بعد ذلك اكتشاف الطعم الواقى من المرض وكان أولها طعم (سولك) عام ١٩٥٥ الذى يعطى عن طريق الحقن .

وفى نفس العام تمكن العالم الكبير (سابين) من اكتشاف الطعم الحى المروض وله نفس الخاصية وهى إحداث المناعة دون الإصابة بالمرض ، ويعطى عن طريق الفم وإن لم يستعمل هذا الطعم عالميا إلا فى أوائل الستينيات "[١] .

ولقد نجحت الأبحاث الخاصة بالمرض وطرق وصف الجرثومة ومدى حيويتها ومقاومتها لمختلف العوامل الجغرافية فى مختلف المناطق نجاحا ملحوظا مما يجعلنا نتفائل ونتوقع نتائج باهرة للسيطرة على هذا المرض .

أسباب الاصابة :

يعتبر شلل الأطفال من الأمراض المعدية وأن نسبة الاصابة تختلف

(١) منشورات جمعية مرضى الأطفال بالقاهرة، ١٩٧٩ .

من عام إلى آخر، وهذا يرجع الى عوامل كثيرة منها حرارة الجو ، ونسبة الرطوبة ، وكثرة انتشار الذباب وقوة جرثومة المرض .. الخ . وربما كانت إحدى هذه العوامل أو كلها مجتمعة السبب فى زيادة الحالات .

ويتسبب هذا المرض عن فيروس خاص ينتقل من المريض أو الناقة أو حامل الفيروس مباشرة عن طريق البراز أو بطريق غير مباشر مثل الذباب الذى ينقله من مادة ملوثة إلى الأطعمة المختلفة .

ويوجد فيروس المرض فى الغشاء المخاطى المبطن للحلق، كما يوجد فى البراز والمعروف أن العدوى تحدث غالبا عن طريق الجهاز الهضمى ، ومنه ينتشر الفيروس إلى الجهاز العصبى . وفى حالات قليلة تحدث العدوى من الغشاء المبطن للحلق إلى الجهاز العصبى مباشرة، وقد يستمر الفيروس فى البراز إلى ثلاثة شهور بعد النقاهة من المرض .

وتستطيع لذلك تحديد أنواع ثلاثة لشلل الأطفال يمكن تصنيفها على الوجه الآتي :

ا - إصابة عضلات الجسم .

ب - إصابة عضلات التنفس أو البطن .

جـ - إصابة عضلات البلع والحنجرة .

ولقد اتضح أن الانسان هو ناقل العدوى الأساسى ، فالميكروب يوجد فى موضعين أساسين: إما فى الحلق ، أو في الأمعاء ، ولذلك تحدث العدوى عن طريق الرذاذ ، أو تناول أطعمة ملوثة. والاختلاط بالمرضى من أهم عوامل انتشار المرض . ولقد أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين بالمصل الواقى للأطفال وهى عملية

اجبارية لجميع المواليد وتعاد ثانية عند بدء الانتظام فى المدرسة .

ولقد سمى هذا المرض شلل الأطفال لأن أغلب المصابين به من الأطفال، حيث أن ٧٥٪ ممن أصيبوا به كانوا بين سن سنة واحدة الى ١٥ سنة، أما النسبة الباقية فكانت بين سن ١٦ - ٤٠ سنة .

ولقد بدأت مصر فى استعمال المصل الواقى عقب اكتشافه بصورة فردية. وأصبح التطعيم اجباريا فى القاهرة والاسكندرية عام ١٩٦٢ وفى باقى المحافظات عام ١٩٦٨ ، ومع هذا لم يؤدى التطعيم الاجبارى ما كان مرجوا منه فقد ظلت مراكز رعاية شلل الأطفال تتلقى المئات من المصابين بالمرض كل عام حتى عام ١٩٧٦ حين تقرر تعميم التطعيم الاجبارى الجماعى على هيئة حملة قومية لتطعيم جميع الأطفال فى السن المعرضة للمرض إلى خمس سنوات، وفى عام ١٩٧٨ أعطيت جرعة منشطة لجميع الأطفال من سن ٤ شهور إلى ثلاث سنوات ، وفى عام ١٩٧٩ تمت الحملة الثانية فى بداية عام الطفولة الأولى [٢] .

ومع بداية الألفية الثالثة نجحت مصر فى القضاء شبه المؤكد على هذا المرض نتيجة لحملات التطعيم الاجبارى المتتالية .

وفى البلاد الأخرى وخاصة البلاد النامية أصبح هذا المرض يمثل مشكلة أساسية وخاصة فى البلاد الاستوائية والشبه استوائية .

ولقد كان هذا المرض وبائيا فى النصف الأول من هذا القرن وخاصة فى غرب أوروبا وشمال أمريكا ، ومنذ ابتكار لقاح قوى ذات

---

(١) د. سليمان عزمى ، على هامش الطب (الجزء الثانى) القاهرة، دار القلم ، ١٩٦٣، ص ٢٤١-٢٤٢ .

(٢) منشورات جمعية رعاية مرضى شلل الأطفال ، مرجع سابق .

فاعلية فإن هذا الوباء قد انتظم فى التلاشى والاختفاء، والدليل على نجاح مقاومته أن انخفضت عدد الحالات فى الولايات المتحدة الأمريكية من ١٨٣٠٨ عام١٩٥٤ إلى ١٧ حالة عام ١٩٧١ (١) .

ولذلك فإن توفير الإمكانيات المادية كما يقول هو كستب Huckstep لحماية ١٠٠ حالة من الاصابة بشلل الأطفال أفضل كثيرا من اصابة طفل واحد يصبح مقعدا لا أمل فيه. وإذا حدثت الاصابة فإن تأهيل هؤلاء المصابين يصبح ضروريا للاستفادة بما لديهم من قدرات حتى تجعلهم يعتمدون على أنفسهم والهدف من ذلك تحقيق التوافق الاجتماعى Social Adaptation بينهم وبين مجتمعاتهم .

فلقد زادت نسبة الاصابة بشلل الأطفال فى السنوات العشر الأخيرة فى أكثر من نصف سكان العالم الذين يعيشون فى مجتمعات فقيرة اقتصاديا دون أى ادراك لوضع برنامج قومى أو عالمى للتحصين والوقاية من الاصابة بهذا المرض، وهذا سيعنى إزدياد أمراض الشلل واستمرار إرتفاع معدلاتها لبعض الوقت . وأمام هذا الموقف يوصى هوكستب بالاهتمام بالأسس التالية على اعتبار أنها من الأمور الملحة وهى (٢) :

أ- التحصين Immunisation عن طريق برنامج منظم للمناعة .

ب - العلاج Treatment سواء بالأساليب الطبية العادية أو باجراء الجراحة للحالات التى تتطلب ذلك .

د - التأهيل والتدريب Rehabilitation & Education .

---

(1) Text Book of Medicine, Paul Beeson. Philadelphia : 1975. P. 696.
(2) Huckstep. Poliomyelitis, N.Y. 1975. p. 276 - 278.

أساليب العلاج :

يمكن أن نحدد الخطوط العريضة لأساليب العلاج الخاصة بالمصابين بشلل الأطفال في النقاط الآتية :

أ- عمل أجهزة تعويضية لمساعدة الطفل على الحركة .

ب - إجراء جراحات خاصة في حالات التشوه العضلي .

ج - العلاج الطبيعي لتدريب العضلات المصابة وتنشيط العضلات البديلة .

د - التأهيل المهني وهو نهاية المطاف في العملية العلاجية والتي تعد الطفل لتدريب خاص يناسب قدراته الباقية .

ثانيا - الأقعاد Crippled :

تعريفه :

المقعد بصفة عامة نعني به الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته وكما جاء بأحد التعاريف الرسمية بميتشجان أن المقعد هو الذي لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل أو عاهة في العضلات أو العظام تؤثر في قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه[1] .

ويتفق العلماء على تعريف المقعد بأنه ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية وبالتالي تؤثر على تعليمه واعالته لنفسه .

---

(١) د. مختار حمزة، سيكولوجية ذوي العاهات، مؤسسة التأهيل المهني - القاهرة، ١٩٥٦، ص ١٧٤ .

أما الطفل المقعد فيعرف بإ: ذلك الفرد الذى لم يبلغ ٢١ عاما ولديه عـائق خلقى أو مكتسب بطريق المرض أو الإصـابة أو الجـروح بحيث يصبح أو ينتظر أن يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية مع الاستبعاد حالات الاعاقة الحسية أو التأخر العقلى أو المرض العقلى (١) .

أسباب الأقعاد :

ينتج الاقعاد عن أسباب مختلفة تختلف فى حدتها وأعراضها تبعا لحـدة ونوع الأمـراض التى تسـبب الاقـعـاد ذاته، ورغم عـدم دقـة الإحصاءات فى مجتمعنا العربى التى توضح أسباب الاقعاد فقد نشر تقرير علمى فى الولايات المتحدة الإمريكية مؤداه أن نسبة الأمراض المسببة للاقعاد هى :

شلل الأطفـــال ٣٣,٤ ٪ ، سل العظام ١٢,٦ ٪ ، شلل تشنجى ١٤ ٪ ، عـاهات خلقـيـة ١٠ ٪ ، أمـراض القلب ٨ ٪ ، الحـوادث ٦ ٪ ، أسباب أخري ١٦ ٪. وفى ابحاث أخرى اجريت في مختلف انحاء العالم ما يؤيد مثل هذا التقسيم ، ويتضح منه أن شلل الأطفال يأتى فى مقدمة أسباب الاقعاد حيث يمثل ٣٣٪ من النسبة العامة .

ولقد وجد فى بعض الدراسات الحديثة أن حالات الاعاقة الخلقية مثلا ترجع لعدم العناية بالحامل، وعملية الوضع، وبصفة عامة الاقعاد مقياس لمدى توافر الرعاية الصحية بكافة أنواعها للمواطنين .

لذلك تتفاوت معدلات المعوقين بالاقعاد فى كل مجتمع حسب مقدار تعرض الأفراد للأسباب الرئيسية التى سبق ذكرها، فكلما زادت

---

(١) د. عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، ص ٨٤ .

الرعاية الصحية والنفسية فى المجتمع قلت حالات الاقعاد .

وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين فى أي مجتمع بأنها ٣ ٪ ، وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك وتبرز نسبة عالية قد تصل الى ٩ ٪ واذا أخذنا بالنسبة الأولى نجد أن عددهم يقدر فى بلادنا بحوالى ثلثمائة ألف فرد .

ويمكن اجمالى حالات الاقعاد حسب مسبباتها فيما يلى :

أ- الاقعاد بسبب العدوى والاصابة .

ب - شلل اعصاب المخ .

جـ - الاصابة أثناء عملية الوضع .

هـ - حالات متصلة بالقلب ووظائفه .

و - الحوادث .

ز - الأورام والأمراض الخبيثة .

الاقعاد والسلوك Crippled and Behaviour :

مما لاشك فيه أن الاقعاد كعائق بدنى يؤثر فى السلوك الاجتماعى الايجابى للطفل ، فينتابه الشعور بالذنب والشعور بأن عاهته نوع من العقاب . أو قد يتخذ موقفا عدوانيا إزاء بيئته، وكثير من الأطفال المعوقين جسميا قد يجدون فى عجزهم ملاذا يتخذون منه عذرا لتجنب بذل أى مجهود فى مقدورهم القيام به ، ولهذا نجد طائفة من المعوقين تستغل ظروفها لاستدرار العطف من الأبوين والأقارب أو تصبح متطفلة على المجتمع الذى كان من الممكن أن تسهم فى النهوض به لو أنها لقيت نوعا من المعاملة المبنية على الحزم والعطف معا، وتوجيه المعوق

لاستغلال قدراته المتبقية إلى أقصى حد ممكن .

إن التوجيه النفسى للطفل المقعد ولأسرته عمل دقيق يحتاج إلى مهارة، والمهارة الطبية هنا لها دور أساسى ولكنه ليس الدور الوحيد لأن مستقبل الطفل يتوقف على تحقيق تكيفه الشخصى ، والاجتماعى والتربوى والمهنى إلى أعلى مستوى ممكن، ولهذا فإن على كل من الاخصائي الاجتماعى والتربوى والنفسى دورا يؤديه لا فى الفحص المبدئي فحسب بل وفى مواصلة الاشراف على مثل هؤلاء الأطفال أيضا. والواقع أنه بمجرد إنتهاء المرحلة الحرجة الأولى من العلاج الجسمى تصبح المسئولية الرئيسية من نصيب الأخصائى الاجتماعى والنفسى .

ثالثا : أمراض القلب Cardiac Coditions :

انتشرت فى القرن الحالى أمراض القلب العضوية والوظيفية لأسباب يحصرها العلماء فى أسباب حضارية ونفسية ومعيشية من غذاء ومسكن .. الخ .

وأمراض القلب متنوعة ومتعددة تتمثل خطورتها فى أنها تمس أهم عضو فى جسم الانسان يتحكم فى سلامة حياة الفرد وبقائه، وفى إصابته بمرض من الأمراض ما يهدد هذه الحياة وهذا البقاء . وادراك الانسان لأهمية هذا العضو وخطورة الاصابة فيه يشكل مشكلة نفسية واجتماعية تؤثر على السلوك الاجتماعى لمريض القلب ويضاعف من مسئولية الخدمة الاجتماعية .

وأمراض القلب مثلها مثل الكثير من الأمراض ترتبط بالسن، والاستعداد الوراثى، والظروف الاجتماعية والشخصية للمريض، فقد

تظهر فى مرحلة الطفولة أو فى مرحلة المراهقة، أو فى النضوج، أو فى مرحلة الشيخوخة .

وهناك أنواع كثيرة من هذه الأمراض فمنها أمراض خلقية وأخرى مكتسبة، ولو أن أكثرها انتشارا هو ذلك النوع الناتج عن أسباب آلية (ميكانيكى) [1] .

أسباب الإصابة :

من المعروف أن غرف القلب تفصلها صمامات تفتح وتقفل مع كل ضربة للقلب ، وتفتح هذه الصمامات على آخرها حتى تسمح باندفاع الدم خلالها بدون أى صعوبة، ثم تقفل بأحكام، ويضطر القلب نتيجة لذلك أن يزيد من عمله لتعويض هذا النقص المستمر.

أما حالات النوبة القلبية فيرجع السبب فيها إلى مرض فى الشريان الذى يغذى القلب نفسه، وهو الشريان الاكليلى الذى يمكن تشبيهه بشبكة أنابيب المياه التى تغذى إحدى المدن، فإذا ما أنسدت أنبوبة صغيرة من هذه الشبكة إنسدادا كاملا بحيث ينقطع تدفق الدم بجزء صغير من القلب ، كانت تغذية هذه الأنبوبة تعرض القلب للاصابة بالنوبة القلبية .

أما الذبحة الصدرية فتحدث نتيجة حرمان مفاجىء لقطاع صغير من عضلة القلب من قدر كاف من الأكسجين، وتتغذى عضلة القلب بهذا الأكسجين بواسطة فروع الشريان الأكليلى متأثرة فى ذلك بنوع العمل أو النشاط الذى يقوم به المرء فإن كان الشخص مستريحا أو نائما فإن كمية الدم تبلغ حدها الأدنى ، ولكن اذا قام بمجهود احتاج إلى

---

(1) د. محمد عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مرجع سابق، ص ١٠٦ .

كمية أكبر ولذلك يجب على القلب أن يزيد من نشاطه حتى يتمكن من دفع هذه الكمية الزائدة .

ويحدث نفس الشيء عندما تثور أعصاب الإنسان أو يضطرب لسبب ما، ذلك أن المخ يتطلب حينئذ كمية كبيرة وعاجلة من الدم.

وفى كلتا الحالتين تتفتح جميع فروع الشريان الأكليلى بما فى ذلك أدق الشعيرات حتى تسمح للدم الزائد أن يسرى خلالها .

فإذا لم يتمكن أحد فروع الشريان الأكليلى لسبب ما من التفتح فإن القطاع الصغير من عجلة القلب الذى يغذيه هذا الفرع بالذات سيحرم من القدر الكافى من الأكسجين ، ويسبب هذا الحرمان ألما فى الصدر وهذا هو سبب حدوث الذبحة الصدرية .

كما أن هناك حالات أخرى تدخل فى نطاق أمراض القلب لايتسع المجال لسردها كحالات روماتيزم القلب التى كثيرا ماتكتشف لدى صغار السن كمضاعفات لأمراض أخرى أهمها الحمى الروماتيزمية التى اذا لم تكتشف فى وقت مبكر وتعالج فإنها تؤثر على الغشاء المبطن للقلب وصماماته مما يؤدى إلى تلفها .

ولقد أحدث التقدم العلمى الطبى ثورة فى تصور المرض كما أمكن التغلب على كثير من المضاعفات وفى مقدمتها حالات الاستسقاء (مثل تورم الرجلين) التى كانت تعتبر فيما مضى علامة سيئة وذلك بفضل المستحضرات الطبية الحديثة. كما أنه فى حالة انسداد أحد صمامات القلب أو تضخمه تجدى أحيانا عملية جراحية حتى يسمح للدم بالتدفق بحرية أكثر .

وفى النهاية نقول أنه إذا أمكن السيطرة على الأنواع المختلفة

لأمـــراض القلب فى الوقت المناسب بحـيث لاتحـدث أى ضـرر فى مستهلها، واذا التزم أولئك الذين إنتشرت فى أسرهم بعض أمراض ضغط الدم بالحياة التى تبعدهم عن الإصابة بتصلب الشرايين أن يكون مرض القلب هو أكثر أسباب الموت شيوعا كما هو الحال اليوم وانما سيصبح أندر أسباب الموت"[1] .

علاج مرضى القلب :

مـــهما يكن من أمر المرض الذى يصيب القلب فإن العلاج الأساسى هو الحد ، من نشاط المريض الى الدرجة التى يحتملها القلب بغير أن يصاب بضرر جديد، ويجب أن توضع كل حالة اضطراب قلبى تحت رعاية الطبيب ، فإذا قرر وجوب ملازمة المريض للفراش فينبغى تنفيذ هذا القرار بكل دقة. وفى هذه الحالة لايجوز للمريض مغادرة الفراش ولهذه القاعدة أهميتها الخاصة فى حالة الأطفال الذين أصيب قلبهم بالروماتيزم لأن ملازمة الفراش فترة طويلة عند حدوث أى نوبة روماتيزم قلبية قد تنقذ المريض من ضرر بالغ ، ويجب اختيار الوظائف التى يقل فيها العمل اليدوى إلى الحد الأدنى لمرضى القلب ، وينبغى أداء قدر معين من التدريبات مالم يأمر الطبيب بالكف عنها فالمشى أو الألعاب البسيطة التى لاتقتضى قدرا كبيرا من الجهد لاتضر مريض القلب ، وعموما يجب أن يراعى المريض كل ما يتصل بحالته الصحية بوجه عام .

دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى القلب :

ان التغلب على الحالات الروماتيزمية فى الوقت المناسب ، والتزام

---

(١) د. سليمان عزمى ، على هامش الطب ، مرجع سابق .

أولئك الذين انتشرت في أسرهم أمراض ضغط الدم بالحياة التي تبعدهم عن الإصابة بتصلب الشرايين لأدى ذلك إلى تخفيف حدة مرضى القلب ، من هذا يتضح أهمية التوعية بضرورة الكشف الطبي المبكر والعلاج الفوري لحالات حمى روماتيزم القلب ، وكذلك الوقاية من مرض الزهري باكتشافه مبكرا مع علاجه الفوري ، وتجنب الأماكن الرطبة سيئة التهوية التي تؤدي للاصابة بالروماتيزم .

وتلعب الخدمة الاجتماعية دورا رئيسيا في هذا الدور الوقائي ، ويمكن للاخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مؤسسة لرعاية مرضى القلب وخاصة الأطفال المصابين بحمى روماتيزم القلب أن يعقد اجتماعات مع الآباء وتنويرهم بطرق الوقاية السليمة، وكيفية معاملة هؤلاء الأطفال خاصة في البيئة المتخلفة اجتماعيا، كما تهتم الخدمة الاجتماعية بالبحوث الميدانية في هذا المجال، وتدريب العاملين في مجال رعاية مرضى القلب لرفع مستوى الخدمة.

كما أن لخدمة الفرد أهمية خاصة في هذا المجال، فالصدمة الأولى للفرد عند معرفته باصابة أهم أجزاء جسده تولد في نفسه مشاعر ومخاوف من المرض ومن المستقبل ويصبح في أشد الحاجة لخدمات اخصائي خدمة الفرد كي يوضح له حالته ويخفف من التوترات المنزلية أو المدرسية أو المهنية، وكذلك تنظيم حياة الأطفال المرضى داخل المؤسسة حتى يلتزموا بالراحة المناسبة حسب تعليمات الطبيب، واختيار أبناء الأسر المستحقة اجتماعيا لخدمات المؤسسة التي ترعى الأطفال بناء على دراسة التاريخ الاجتماعي، وكذلك كل ما يتصل بتكيف المريض داخل المؤسسة والتأهيل المهني المناسب والتشغيل والتتبع حتى يستقر المريض بنجاح في عمله الجديد. هذا فضلا عن خدمة الجماعة فيما يتصل

بالترويح داخل المؤسسة والتدريب على العادات الصحية والاجتماعية والخلقية الحميدة من خلال برامج خدمة الجماعة . .

رابعا : الدرن (السل) :

يعتبر الدرن والجذام والأمراض التناسلية من الأمراض المعدية التى لها آثار اجتماعية واضحة، ويترتب على انتشارها فى المجتمع عواقب وأضرار اجتماعية واقتصادية بجانب الأضرار البدنية. والدرن من أكثر الأمراض المعدية التى تؤدى آلى العجز المزمن والوفاة، وهو ينتشر فى المجتمعات التى تعيش تحت ظروف معيشية منخفضة وبين الفئات الفقيرة، ويعتبر مدى انتشاره أحد مقاييس المستوى الاجتماعى والرعاية الاجتماعية فى المجتمع، ومما يؤكد هذا أن معدلات الإصابة بالدرن قد انخفضت انخفاضا واضحا فى المجتمعات التى أولت اهتماما خاصا بتحسين المسكن والتغذية وظروف العمل والمستوى العام لمعيشة السكان. والسبب الأساسى للدرن ميكروب الدرن ، وهو نوع من الباسيلات متعددة الأنواع منها النوع الأنسانى ومنها النوع البقرى. ويموت باسيل الدرن بتعرضه لأشعة الشمس مباشرة وبالحرارة والمطهرات، ويمكن لباسيلات الدرن أن تعيش فى البصاق الجاف لمدد طويلة .

مصادر العدوى :

أهم مصدر للعدوى هو الرئتين والشعيبات للإنسان المصاب بمرض الدرن الرئوى النشط، وتخرج باسيلات الدرن مع افرازات الجهاز التنفسى مع الكحة والسعال والعطس أو أى مجهود تنفس وذلك عن طريق الأنف والفم وقد يستنشق هذه الميكروبات مباشرة على شكل رذاذ، أو قد تكون صغيرة معلقة بالجو إلى أن تستنشق ، أو تلتصق بذرات الغبار عند الكنس . وتتم العدوى عن طريق الأيدى الملوثة من

الافرازات وتنتقل مباشرة للفم أو لتلوث الطعام وأدوات الأكل ، أو شرب اللبن الملوث من حيوان مريض بالدرن ، أو من افرازات الخراريج الدرنية ، وقد تنتقل العدوى من الحيوان المريض فى الزرائب إلى العاملين فيها[1] .

طرق العدوى :

تحدث العدوى بطرق ثلاث :

١- عن طريق الجهاز الهضمى حيث تصل الميكروبات إلى اللوز ومنها إلى الغدد الليمفاوية .

٢- عن طريق الجهاز التنفسى حيث تصل الميكروبات عن طريق الأعضاء التنفسية إلى الأوعية الليمفاوية ومنها إلى الغدد الليمفاوية ، كما تتسرب إلى الدم لتستقر فى الرئة .

٣- عن طريق الجلد وهى من الحالات النادرة وإن كان لها نفس الخطورة .

أنواع الدرن :

١- التدرون الرئوي وهو أكثر الأنواع شيوعا ينتقل ميكروبه بواسطة الإنسان .

٢- التدرن البريتونى وهو الذى يصيب الغشاء المخاطى المبطن للأمعاء وجدار البطن وينتشر هذا النوع بين الأطفال والمراهقين .

٣- تدرن الأمعاء وهو الذى يصيب الأمعاء وأعراضه الإسهال الشديد والمغص والهزال وارتفاع درجة الحرارة.

(١) د. فوزي جاد الله ، الصحة العامة والرعاية الصحية ، بدون ناشر ، ١٩٦٩ ، ص ٢٨٧ .

٤- تدرن العظام ويحدث فى عظام العمود الفقرى مما يؤدى الى تآكلها وانحناء الظهر .

٥- الخراج البارد وتكون الاصابة على شكل خراج فى إحدى الأماكن التى تعرضت للإصابة وتسبب ما يشبه الخراج .

الأعراض والتشخيص :

يمكن ايجاز أعراض المرض فى الاحساس بالاجهاد مع ارتفاع فى درجة ا! حرارة، العرق الغزيز أثناء النوم وخاصة فى المساء ، فقدان للشهية مع الشعور ، بالألم فى الصدر ، السعال وأحيانا ظهور الدم فى البصاق .

ويعتمد التشخيص الأكيد للدرن على نتائج :

١- اختبار التيوبر كلين Tuberculin Test .

٢- الكشف بأشعة اكس .

٣- الاختبار البكتريولوجى .

حجم المرض :

يقدر العلماء وجود أربعة حالات درن رئوى فى كل ألف من السكان فى المجتمعات المتقدمة، أما فى المجتمعات النامية فاحتمال الاصابة بهذا المرض تكون أكبر من هذا المعدل، أى حوالى من ٥ - ٦ فى الألف من السكان .

طرق العلاج :

١- العلاج بالمنزل :

وهو أسلوب يستخدم فى الحالات التى اكتشفت مبكرا أو أمكن السيطرة على الميكروب وهو مازال فى أول مراحل نشاطه، ويكون

العلاج بالأدوية المضادة مع الارشادات الصحية المناسبة لمنع العدوى ، ومراعاة التغذية والتهوية والتعرض الشمس .

٢- العلاج بالمصحة :

ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي تستلزم عناية خاصة ورعاية مباشرة حيث توفر المصحة فرص الحياة في بيئة صحية وتحت ظروف مناسبة. وبجانب توفير الإشراف الصحي التام تقوم المصحة بإعداد المريض والناقه لحياته العادية المستقبلية وذلك بتقديم برامج رياضية وترويحية مع فرض الراحة الاجبارية . وبصفة عامة فإن مصحات الدرن تعتبر من أكثر أساليب العلاج فاعلية وخاصة لأن المريض يحتاج الى فترة طويلة للعلاج الأمر الذى يتطلب عناية واشرافا صحيا مستمرا طوال فترة المرض .

٣- العلاج بالجراحة :

ويتم باستعمال إبرة لإدخال الهواء في الرئة أو قد تكون استئصال فص من الرئة أو الرئة كلها، بهدف راحة الرئة أو التخلص من البؤرة التي يصعب علاجها.

وهناك أيضا العلاج بالعقاقير المضادة للدرن وخاصة في الحالات التي لاتحتاج لجراحة لمدة لاتقل عن سنة حتى يمكن تسكين أو اختفاء علامات المرض .

ومن الجدير بالذكر أنه ليس هناك شفاء من الدرن بل تتحول الحالات من حالات نشطة إلى حالات كامنة، وهذه الحالات الكامنة من الممكن أن تنشط ثانية إذا لم يتبع المريض في حياته قواعد صحية تتناسب مع حالته .

إجراءات مكافحة الدرن :

١- التثقيف الصحى للمجتمع فيما يتعلق بأهمية الدرن وطرق انتقال العدوى وطرق المكافحة .

٢- توفير المستوصفات والمعامل وأجهزة الأشعة والمعدات الأخرى الضروزية للكشف على المرضى والمخالطين لعلاج الحالات النشطة .

٣- الرعاية المنزلية للإشراف على المرضى فى منازلهم وتيسير الكشف على المخالطين .

٣- التحصين بالـ بى .سى . جى للمخالطين والأطباء وهيئات التمريض وغيرهم من المعرضين للإصابة فى أعمالهم .

٥- الوقاية من غبار السيلكا فى المناجم ، والكسارات أو فى الصناعة.

٦- الكشف الدورى بالأشعة على الفئات المعرضة مثل هيئات التمريض وعمال بعض الصناعات والمعلمين فى المدارس .

٧- التبليغ عن الحالات التى تظهر عليها أعراض المرض .

٨- العلاج الفورى للحالات المصابة بالعقاقير أو بالجراحة .

٩- تطهير البصاق وأدوات المريض الملوثة .

١٠- الوقاية من المرض بالتطعيم الواقعى وتجنب مخالطة المرضى.

١١- الاهتمام بنظافة الأطعمة والمشروبات وتجنب الأماكن المزدحمة .

سيكولوجية مريض الدرن :

الدرن ليس مشكلة طبية فحسب ولكنه مشكلة نفسية واجتماعية

أيضا، ولقد قيل فى هذا الشأن ابحث عن المرض فى عقل المريض قبل أن تبحث عنه فى صدره. فالمشكلات النفسية تبدأ منذ لحظة أخبار المريض باصابته حيث يبدأ فى استرجاع ما سمعه فى صغره وشبابه عن معنى هذا المرض فى نفسه وما صوره له الآخرون عنه ومصير من يصاب به فيصاب بصدمة نفسية Emotional Shock خاصة من ذوى الحساسية الشديدة، وهنا تبدأ المخاوف فى الظهور بصور مختلفة منها :

١- الخوف من الابتعاد عن أسرته وبيئته الطبيعية .

٢- الخوف من احتمال الوفاة .

٣- الخوف من العمليات الجراحية .

٤- الخوف من العجز .

٥- الخوف من انتقال العدوى إلى غيره من أفراد أسرته .

٦- الخوف من فقد مكانته فى المجتمع وفى المنزل .

٧- الخوف من الضعف الجنسي وبالتالى عدم اخلاص زوجته وابتعادها عنه، لهذا كان من الملاحظ أن الكثيرين من المرضى يتلكأون فى الكشف على صدورهم رغم ظهور أعراض واضحة عليهم، ويتجنبون الذهاب إلى الطبيب للكشف الطبى كأسلوب انكارى لاشعورى أو شعورى أو كردود أفعال عكسية يحاولون بها أن يطمئنوا أنفسهم بأنهم أصحاء ليتجنبوا لحظات ألم دفاعا منهم عن ذاتهم التى تتهدد بالخطر. ومن الطبيعى أن يتفاوت الأثر السيكولوجى من فرد لآخر فهناك من يستخدم المرض لاشعوريا للانتقام من الغير أو لاستدرار العطف أو تغلب نزعة الأنانية والحقد والعدوان والحزن والانخراط فى البكاء .

الخدمة الاجتماعية لمرضى الدرن :

إن الصبغة الاجتماعية للمرض تزيد من مسئولية الخدمة الاجتماعية منذ اللحظة التى يتقدم فيها المريض طالبا الكشف عليه وتستمر حتى اللحظة التى يعود فيها إلى سابق حياته العادية أى اجتياز العلاج والنقاهه وفترة التدريبات الخفيفة المتدرجة التي قد تستمر لسنوات طويلة . فكما علمنا أن مريض الدرن يقاوم منذ اللحظة الأولى وجود المرض ذاته لما يسببه من مخاوف وآلام تهدد استقراره النفسى وتهدد ذاته باخطار رهيبه، وبعد التأكد من أنه مريض تنتابه أزمات نفسية حادة وقلق شديد على ذاته وحياته الأسرية وعمله .

وقد يحول الاخصائى أسرة المريض إلى أحدى الجمعيات التى ترعى أسر المصدورين، وبهذه المعونة النفسية والمساعدات الاجتماعية تمر فترة الصدمة الأولى بسلام لتبدأ مرحلة تالية من الخدمات. أثناء العلاج بالمصحة وأثناء فترة النقاهة، فالأخصائى الاجتماعى داخل المصحة هو وأثناء فترة النقاهة، فالأخصائي الاجتماعى داخل المصحة هو مصدر أمن للمريض يلجأ إليه كلما ألمت به أزمة من الأزمات، كما أنه منظم للنشاط الجماعى والترويحى والاجتماعى والثقافى والرحلات حتى يهيىء للمريض جوا من البهجة والسرور .

كما يقوم الأخصائى الاجتماعى بتوعية المريض بأهمية المواظبة على العلاج وتناول الغذاء الكافى والمسكن الصحى ومحاولة عدم انتشار المرض بين المخالطين به (1) .

المؤسسات التى تتولى علاج الدرن طبيا واجتماعيا :

تنقسم هذه المؤسسات من حيث نوعها إلى حكومية أو شبه

(1) عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، مرجع سابق ، ص ١٠٨ .

حكومية أو أهلية :

المؤسسات الحكومية :

١- المستوصف .

٢- المصحة (مستشفى الأمراض الصدرية) .

المؤسسات الشبه حكومية والأهلية :

١- المصحات الوقائية للأطفال .

٢- مستعمرات الناقهين .

٣- مراكز وأقسام التأهيل المهنى .

٤- منشآت الحالات الدرنية المزمنة .

خامسا : السرطان :

أسباب المرض :

بالرغم من كل ما يبذل من جهود علمية للحد من انتشار السرطان إلا أن مشكلته فى اتساع كل عام حتى فى أرقى الدول المتقدمة، فهو كمرض القلب يصيب الناس فى منتصف العمر غالبا وخاصة المتقدمين في السن. وعلى ذلك كلما زاد متوسط عمر الفرد في بلد من البلاد كلما زادت نسبة الاصابة بالسرطان وأمراض القلب . ففى الولايات المتحدة الأمريكية مثلا كان متوسط عمر الفرد عام ١٩٠٠ ٥٠ سنة وكان الدرن هو السبب الرئيسى فى الوفاة وكان ترتيب مرض القلب الثالث والسرطان السابع فى القائمة، ولكن الآن بعد أن أصبح متوسط عمر الفرد فى أمريكا ٧٠ سنة أصبح مرض القلب ومرض السرطان هما أكثر الأمراض سببا فى الوفاة. والاصابة بالسرطان متقاربة بين الرجال والنساء، فغالبا ما تصاب النساء بسرطان الرحم والثدى ، وغالبا ما يصاب الرجال بسرطان المثانة والرئة .

والأورام التى تنتشر فى الجسم تسمى بالأورام الحميدة مثل الأورام الدهنية ويكمن خطرها فى ضغطها على أعضاء أخرى من الجسم يطلق عليها الأورام الخبيثة أو السرطان، ويكمن خطر السرطان فى أنه لايتوقف على النمو ويعمل على القضاء على الخلايا الطبيعية .

وأحيانا يكون انتشار مرض السرطان بطيئا إذ تنفصل قطع صغيرة حية منه تسمى الثانويات وتحمل داخل الأوعية الدموية واللمفاوية إلى أجزاء أخرى من الجسم وتباعا تستقر هذه الثانويات فى العقد اللمفاوية والأوعية الدموية حيث تبدأ فى تكوين أورام ثانوية ثم تحدث بعد ذلك انتشارا كبيرا فى الجسم فى مدة تتراوح بين شهر إلى سنين عديدة. وهنا تعجز الجراحة عن علاجه لأنه يكون قد استشرى فى كل أجزاء الجسم .

إن صورة أسباب السرطان مازالت مهزوزة عند أغلب العلماء فيقول البعض أن تهيج الجروح العادية وبعض الأمراض المزمنة مثل الشامة (الحسنة) والثآليل (الكالو) قد تؤدى للإصابة بالسرطان ، وهنا يحذر تهيجها باستعمال الأمواس. ويرى آخرون أن التعرض للكثير من الاشعاعات على الجلد يسبب الاصابة بسرطان الجلد - كما لاحظ البعض أن بعض الكيماويات مثل الصباغة والقار (الزفت) والأسفلت والزرنيخ وغيرها تؤدى للاصابة بالسرطان - وقد أوضحت جمعية السرطان الأمريكية فى دراسة لها العلاقة بين كثرة التدخين والاصابة بسرطان الرئة وخاصة لمن يدخنون علبتين أو أكثر فى اليوم، وبصفة عامة فإن احتمال اصابة المدخن بالسرطان أكثر حدوثا من غير المدخنين. ويعتقد بعض العلماء أن هناك علاقة بين البلهارسيا والاصابة بسرطان المثانة .

ومن المفارقات الغريبة أن بعض العوامل التى عرف عنها أنها تسبب السرطان تستعمل نفسها فى علاجه، فالتعرض لكثير من

الإشعاع يسبب السرطان ولكن إذا استعملت الأشعة استعمالا دقيقا فإنها تكون سلاحا قويا ضد المرض، وهناك مادة كيميائية لإحداث الإصابة بسرطان الرئة في الفئران أصبحت تستعمل في علاج سرطان الجلد ، والدم في الأنسان .

وحتى الآن لايعرف أحد عن ثقة سبب واحد للإصابة بهذا المرض بل أن هناك عوامل تسبب السرطان فى عضو ما قد لاتمت بصلة إلى العوامل الأخرى التى تسبب السرطان فى عضو آخر .

أعراض المرض :

١- نزيف أو إفراز غير مألوف .

٢- ورم أو تضخم بالثدى أو الرحم أو أي مكان آخر .

٣- قرحة استعصى التآمها .

٤- تغير مستمر في عادات الاخراج والتبول .

٥ - سعال أوبحة صوتية مستمرة .

٦- عسر هضم مستمر أو صعوبة فى البلع .

ويعتمد تشخيص السرطان فى التحليل الختامى على معرفة خلايا السرطان تحت المجهر بواسطة علماء تدربو على تشخيص الأورام، والأسلوب المتبع هو أخذ عينة حية للفحص ،ويستلزم ذلك أخذ جزء من النسيج المشكوك فى أنه ورم خبيث وهذه عملية سهلة إذا ما كان موضع النسيج قريبا من إحدى فتحات الجسم أو على سطحه. أما إذا كان الورم عميقا مثل حالة سرطان الرئة فهذا يستدعى ادخال منظار داخل القصبة الهوائية حتى الرئة واستخراج جزء صغير جدا منه ثم يصبغ ويفحص تحت المجهر . وفى حالة سرطان الرحم تؤخذ كمية صغيرة من الافراز عند فتحة التناسل توضع على شريحة زجاجية ثم تصبغ لفحصها تحت المجهر. وبالمثل يمكن فحص رواسب البول وغسيل

المعدة فى حالة سرطان المثانة والمعدة، ولكن تحليل الخلية ماهو إلا علامة فقط والنتيجة النهائية دائما تتحدد بفحص عينة من الانسجة.

علاج السرطان :

١- ان الجراحة والاشعاع هما الآن الطريقتان الوحيدتان المعترف بهما فى علاج السرطان، ويساعد فى ذلك بعض الشيء العلاج بالكيماويات خاصة فى حالة سرطان الدم فى الأطفال .

٢- ان الاكتشاف المبكر للمرض مع العلاج النووى هو انجح طريقة للعلاج وهذا يتطلب ضرورة القيام بالكشف الدورى المنتظم كل شهر مثلا - أو شهرين بانتظام .

٣- ان استئصال أورام السرطان بالجراحة يجب أن يكون استئصالا كاملا ، أو تدمير خلايا السرطان تدميرا تاما باستخدام أشعة اكس والراديوم، كما تستخدم الآن أيضا النظائر المشعة للكوبالت فى العلاج والتشخيص .

مشكلات المريض ودور الخدمة الاجتماعية :

أن أهم مشكلات المريض بالسرطان ثلاث :

١- الحصول على العلاج الطبى الكامل .

٢- المشاكل البيئية التى سببها المرض .

٣- المشاكل النفسية التى تنتج عن مواجهة المريض لمرضه .

ودور الخدمة الاجتماعية مع مرضى السرطان له طابع خاص، فالموقف المهنى للاخصائى الاجتماعى يتطلب منه أن يرى المريض كفرد يواجه موقفا يهدد سعادته وراحته لاكضحية تستحق الرثاء لمرض غير قابل للشفاء، وعلى الاخصائى أن يساعد المريض فى الكشف عن نواحى القوة فيه واستغلالها، وهذا هو أساس بناء الأمل فى المريض، ولن يتقبل عجزه إلا باقتناعه بامكانية التعويض عنه ولو جزئيا. وبما أن فاقد

الشيء لايعطيه لذا فالأخصائي الاجتماعي يحلل شعوره ويضبطه إزاء الآلم والتشويه والعمليات الجراحية والموت حتى يستطيع أن يواجه شخصية المريض كشخص يحتاج للمساعدة العاطفية الايجابية أى المشاركة الوجدانية الممزوجة باكتشاف امكانيات المريض المتبقية واستغلالها اقصى استغلال ممكن مع إزالة الحواجز النفسية والمشكلات المادية والاجتماعية والمخاوف التى تعوق انطلاق قدرة المريض .

وبالنسبة لمشكلات المريض الطبية يجب على الاخصائى الاجتماعى مساعدة المريض على الاسراع فى العلاج ومعرفة أنواع العلاج المتاحة ومدى فاعليتها وتقبل توصيات الطبيب العلاجية والالتزام بها .

أما عن المشكلات البيئية التى سببها المرض فيعمل الاخصائي على ازالة مايقف فى سبيل العلاج من عقبات مثل اعالة اسرته حتى يتمكن المريض من توجيه قدراته لمواجهة مرضه، وفى بعض الحالات يمكن للاخصائى توضيح هذه العقبات بالنسبة لبعض المرضى الذين لايفصحون عنها والتنبؤ بالمضاعفات التى لايدركها المريض حتى لايحدث مستقبلا مايقطع سير العلاج مثل تكاليف الاغذية الخاصة والأجهزة الطبية وخلافه .

أما بالنسبة للمشكلات النفسية المترتبة على المرض فعلى الاخصائى تكوين علاقة مهنية طيبة مع المريض لاقناعه بتقبل مرضه وعلاجه، وعليه مساعدته فى التعبير عن مشاعره السلبية ومخاوفه ومحاولة التخيف من آثارها، ومشاركته فى مواجهة المشكلات الأسرية والمهنية والتكيف مع المستشفى وبث الأمل فى المستقبل بتجنيد القدرات المتبقية بواسطة برامج التأهيل المهنى .

الفصل الثالث

الإعاقات الحسية

مقدمة .

أولا - المكفوفين .

ثانيا - الصم .

ثالثا - البكم .

مقدمة

يتكون لدينا عن طريق الحواس المعلومات الكثير عن ملايين الانعكاسات والمؤثرات من رصيد المنظورات والمسموعات والمشمومات والمحسوسات والملموسات والمتذوقات .

وتتم عملية الاحساس بالشيء عندما يصل الموجود المادى الخارجي إلى الحواس فتصعد به الخلايا العصبية الحساسة إلى المراكز المخية الخاصة، والإنسان فى ممارساته الحيوية يعتمد أولا على حاسة البصر وتليها حاسة اللمس ثم السمع ثم الشم وأخيرا التذوق ، وتتكون قدرة الإنسان على الادراك نتيجة الاحساسات التى يحصل عليها عن طريق هذه المستقبلات التى تميزه عن غيره وتجعله مبتكرا أو مبدعا. معنى ذلك أن إحساساتنا وما نشعر به ، وما تقوم به من أعمال يعتمد كله على الجهاز العصبى ، الذى يحصل على غذائه اليومى من الحواس المختلفة على طريق المستقبلات الخاصة .

ونستطيع أن نقول أن المعوق حسيا هو الشخص الذى لديه عجزا فى أحد هذه الحواس وتكون قدراته أقل فيها بالنسبة للشخص العادى .

ولايتسع المجال فى هذا الفصل لكى نعرض لكل الاعاقات الحسية، ولذلك سوف تقتصر على بعض الأمثلة منها كالمكفوفين ، الصم، البكم .

أولا – المكفوفين Blinds :

مقدمة :

يشكل المكفوفين الغالبية العظمى من المعوقين فى البلاد العربية

عامة ومصر بصفة خاصة، إلا أن حدة الإبصار تختلف من فرد إلى آخر بل ومن عمل إلى آخر فهناك أعمال ومهن تتطلب مستويات معينة من حدة الأبصار ومن لايجتاز هذه الاختبارات يعتبر غير لائق بصريا للعمل فيها فهم مكفوفون بالنسبة لمهنة معينة ولكنهم مبصرون بالنسبة لأعمال أخرى لاتتطلب مثل هذه القدرات البصرية، أى أن هناك نسبة أكبر من المكفوفين قانونا بين الناس وإن اختلفت درجة الكف لديهم ..

تعاريف :

يعرف الناس الكفيف عادة بأنه الشخص الذى فقد بصره كلية .

ولكن هناك تعريفات تمثل جوانب مختلفة يمكن ان نعرضها على الوجه الآتى :

أ- التعريف التربوى :

الكفيف هو ذلك الشخص الذى تقل درجة أبصاره عن ٢٠ على ٢٠٠ فى العين الأقوى ، وذلك باستخدام النظارة لأن مثل هذا الشخص لايمكنه الاستفادة من الخبرة التعليمية التى تقدم للعاديين .

التعريف الاجتماعى :

الكفيف هو الشخص الذى لايستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو كانت قدرته على الأبصار عديمة القيمة اقتصاديا، أو من كانت قدره بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى .

التعريف القانونى :

تعرف منظمة العمل الدولية الكفيف بأنه من كانت درجة ابصاره ٣ على ٦٠ على الأكثر فى أحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات

الطبية، أو بعبارة أخرى من كان عاجزا عن عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية. ويعتبر كفيفا كذلك من كان مجال البصر عنده لايزيد عن ٢٠ درجة مهما كانت قوة أبصاره .

وقد دلت الاحصاءات على أنه من بين كل أربعة من فاقدى البصر قانونا، يوجد ثلاثة لاتزال لديهم بقية من قدرة على الأبصار، والكثيرون من الذين تعطل أبصارهم يستطيعون القراءة ثانية باستخدام عدسات بصرية خاصة وجديدة مثل النظارات الطبية أو العدسات اليدوية المكبرة مع تطوير وتحسين هذه العدسات حتى تستطيع الانتفاع بالقدر المتبقى من قوة الأبصار إلى آخر حد .

حجم مشكلة المكفوفين :

تعتبر مصر من الدول التى يزيد فيها نسبة المكفوفين بمقارنتها بالدول المتقدمة وعدد من الدول النامية. إلا أنه من الملاحظ أن عدد المكفوفين فى بلادنا آخذ فى التناقص التدريجى بتوالى الجهود الطبية والرعاية الصحية والتعليم .

وتوضح الاحصاءات أنه يوجد فى بلادنا حولى مائتان ألف كفيف على الأقل آخذين فى الاعتبار احتمال حدوث ثغرات فى الأرقام نتيجة لعدم دقة الاحصاءات بصفة عامة للمعوقين . وهذه نسبة عالية إذا ماقورنت بدول أخرى عديدة ، فالولايات المتحدة الأمريكية تبلغ نسبة المكفوفين بها ـر١ ٪ وهولندا ٤رـ٪ .

فلسفة تأهيل الكفيف ورعايته :

لقد نادت الحركة الديمقراطية بتكافؤ الفرص والمساواة بين الأفراد

بصرف النظر عن جنسهم ولونهم ودينهم ، والكفيف كعضو فى المجتمع عليه واجبات وله حقوق والتى من أهمها أن تمكنه الجماعة من ممارسة نشاطه فى حدود قدراته وغيرها، وما أسفرت عنه البحوث فى الدراسات الإنسانية قد أدى إلى نتائج ملموسة الأثر فى هذا الاتجاه أهمها :

أ- أن الكفيف كمواطن له كامل الحقوق التى لغيره من المواطنين .

ب- أنه بسبب عائقة عرضة للتخلف عن الآخرين، وبالتالى لعدم ممارسة حقوقه وعدم الوفاء بواجباته ، مالم يتمكن من التغلب على هذا العائق .

ج - إن الكفيف قادر على أن ينتج وأن يساهم مع الآخرين إذا ما كيف ووجه .

د- إن المجتمع يعتبر مسئولا عن تكيفه وتوجيهه ليس من جانب الشفقة، بل واجبا محتم الأداء .

هـ - إن الهدف من أى نوع من الخدمات التى تقدم للكفيف هو تمكينه من الاستقلال والاعتماد على نفسه.

معنى ذلك أن تأهيل الكفيف يقصد به تربيته حسيا وعقليا حتى يصل إلى أقصى مايستطيع الوصول اليه من الكمال ليسعد فى حياته الفردية والاجتماعية، فاذا ما انتهى دور التربية والتوجيه عمدت الرعاية التأهيلية إلى مساعدته ليشق طريقه في المجتمع ولايتعثر نتيجة للصعوبات التى تفرضها حالة فقدان البصر، وإذا ما كبر فى السن فإن الأمر ينتهى

إلى مساعدته ماديا أسوة بغيره من المسنين [1] .

أسباب كف البصر :

تختلف أسباب فقد البصر من بلد إلى أخرى حسب ظروفها وإمكانياتها ومدى مايمنحه من رعاية لأفرادها، وتحدث الإصابة أما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، ولأسباب وراثية أو بيئية، وقد تحدث بشكل مفاجيء أو تدريجيا. وفى بحث على تلاميذ المدارس فى أمريكا وجد أن ٦٤,١ ٪ من الحالات ترجع لعوامل مؤثرة قبل الولادة، ١٣,٨ ٪ نتيجة الأمراض المعدية، ٧,٣ ٪ لأصابات الحوادث ١٤,٦ ٪ للأمراض المختلفة .

وغالبا ما يرجع كف البصر إلى العوامل الرئيسية الآتية :

١- العوامل المؤثرة قبل الولادة :

وهى أما عوامل وراثية أو عوامل مؤثرة أثناء الحمل، وحتى الآن تعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر لايزال يتطلب مزيدا من البحوث فى هذا الميدان .

وعموما فإن مرض الجلوكوما (المياه الزرقاء) يلاحظ بين أبناء الأبوين اللذين على دوجة قرابة قوية بدرجة أكبر من المعدل العادى، مما يشير إلى أهمية العوامل الوراثية، وكذلك عمى الألوان وكبر حجم القرنية وطول النظر وقصره، ومن الأمراض التى تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الأبصار الزهرى والسكر .

٢- العوامل المؤثرة أثناء الولادة :

إن الأم المصابة بمرض السيلان يخرج من قناة مجرى البول

(١) د. محمد عبد المنعم نور، مرجع سابق ، ص ٢١٢ .

إفرازات صديدية كثيرة، هذه الافرازات تعرض عيون الأطفال لىعدوى أثناء عملية الولادة وتكون سببا فى الاصابة بفقد البصر فى كثير من الأحيان ، كما أن الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل وعدم اكتمال نمو العينين يمكن أن يكون سببا فى الإصابة بكف البصر .

أثر فقد البصر على شخصية الكفيف :

يتفق العلماء على أن الأصابة بفقد البصر يفسح المجال لظهور سمات شخصية غير سوية فى شخصية الكفيف. كالإنطواء والعزلة والميول الانسحابية، ويذكر كارل مييننجز الآثار المترتبة على الشخصية نتيجة كف البصر :

١- التأثير فى نمو العمليات العقلية العليا كالتصور والتخيل وهى تلك العمليات التى تعتمد أساسا على البصر .

٢- التأثير فى قدرة الشخص على الاستثارة والتفاعل الوجدانى، تلك العمليات التى تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة، وفقدان الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانبا هاما من جوانب الشخصية المتكاملة، بل إن ذلك يجعل الكفيف أسير تصورات خاصة قد يشوبها الغموض والزهبة .

٣- عدم قدرته على الحركة مما يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الاتجاهات الطفلية والنزعة الآتكالية .

٤- إن عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به وإمكانياتها يجعل تكيفه معها محصورا فى إطار ضيق .

٥- إن فقدان البصر المبكر قد يصيغ صاحبه بسمات ضعف الثقة

بالنفس، وعدم الشعور بالأمن ، ومن ثم إلى العزلة والإنطواء. كما أن كف البصر المفاجىء يصيب صاحبه بالانقباض وأحيانا بالسلوك العدواني، بل قد تؤدى إلى ميول إنتحارية وخاصة إذا انقطع كل أمل في الشفاء .

بعض الاعتبارات التي يراعيها الأخصائي الاجتماعي في عمله مع الكفيف :

١- الحذر من الانسياق العاطفي عند التعامل مع الكفيف بسبب عاهته .

٢- ضرورة استبطان الأخصائي لنفسه جيدا قبل العمل مع المكفوفين لإدراك مدى تقبله للعمل في هذا الميدان، والكفيف يدرك من خلال تعامله مدى صدق نوايا الأخصائي الاجتماعي نحوه واحساسه بتقبله.

٣- الاستثارة والدافعية من أنجح الأساليب للتعامل مع الكفيف، هذه الاستثارة التى تحرك حاضر الكفيف نحو مستقبل أفضل .

٤- إذا كانت السمة الهامة للكفيف صغير السن هى العزلة والإنطواء ، وإذا كانت عند البالغ الانقباض وعدم الثقة بالغير والنفس ، فإن السمة الغالبة لأسرة الكفيف هى الاحساس بالذنب وهنا تبرز مهارة الأخصائي الاجتماعى عند تعامله معهم .

٥- قد يصادف العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي وعميله تبعا لذلك تقلبات وهزات، وقد تطول الفترة لتكوين عنصر الثقة بينهما. تلك الثقة التي قد يفقدها الكفيف في الآخرين .

برامج رعاية المكفوفين :

ان الخدمات التى يعمل المجتمع على توفيرها للكفيف تتضمن

توفير فرص الفحص والعلاج الطبى فى العمليات الجراحية، وتوفير العدسات والنظارات اللازمة لفقد البصر والتى تقدم لهم بالمجان فى حالة عدم القدرة على دفع نفقاتها، وكذلك الاستشارة فى المشكلات المتصلة بفقدان البصر والتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل والتتبع وما إلى ذلك، وكل هذه الخدمات تهدف إلى التحرر الاقتصادى للكفيف لكى يحقق الرضا الجسمى والنفسى والاجتماعى والاقتصادى، ويمكن حصر برامج الرعاية الاجتماعية فيما يلى :

١- العمل فى المصانع المحمية :

إن العمل فى هذه المصانع للمعوقين بصفة عامة يعتبر خدمة فعالة وناجحة لكسب العيش والتحرر الاقتصادى وحماية لهم من الفشل فى دخول سوق العمل الحر. ويمكن أن يسير جنبا إلى جنب مع هذه المصانع مع مشروعات الأسر المنتجة التى تتم داخل المنازل .

٢- المدرسون الزائرون :

ان كل إنسان يفقد بصره يحتاج إلى تعليم أساليب جديدة للقيام ببعض الأشياء التى كان يفعلها فى الماضى بصفة آلية، وذلك فإن كثير من الدول المتقدمة يرسلون مجموعة من المدرسين الزائرين المتخصصين لمنازل المكفوفين لمساعدتهم فى الأعمال التى تتطلبها حياتهم اليومية. بالإضافة إلى استخدام طريقة برايل فى تعلم القراءة والكتابة .

٣- مراكز تأهيل المكفوفين .

وفيها يتم تأهيل الكفيف عن طريق بحث الحالة الفردية، ثم التشخيص الطبى والنفسى لقياس القدرات العقلية والتدريب المهنى وأخيرا التشغيل . وقد يواجه الكفيف بعض المشكلات الأسرية نتيجة

الاعاقة التي اصيب بها والتي تحول دون الاعتماد على نفسه في كسب معيشته، ولكن بفضل الاستشارات والخبرات التي يجدها في المركز يكشف غالبا عن إحدى المهارات التي عن طريق التدريب المستمر عليها تمده في آخر الأمر بوسيلة لكسب العيش .

٤- شغل وقت الفراغ :

إن توفير أسباب الترفيه للمكفوفين ضرورة عضوية ونفسية واجتماعية وجزءا أساسيا في برامج التأهيل، فالكفيف إذا انصرف إلى التفكير في عجزه إزداد خوفه. والترويح يعد الإنسان للعمل الجدى ويساعده على التنفيس عن متاعبه والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية ناجحة مع الغير .

ومن بين ألوان النشاط المحببة للمكفوفين لعب الورق الذى يحمل رسوما ونقطا بطريقة برايل ، ورياضة السباحة وصيد السمك والتجديف والجرى، وكذلك النشاط الفنى كالموسيقى والأشغال الفنية .

٥- المعونات المالية :

وهي المساعدات التي تقدمها جمعيات رعاية المكفوفين لذوى الحاجة منهم، أو التي نصت عليها القوانين المختلفة وتتحمل تكاليفها الدولة مثل قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ ، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٦٣ لعام ١٩٨٠ .

٦- الخدمات التعليمية :

وقد حمل الأزهر منذ زمن طويل مسئولية تعليم المكفوفين، بالإضافة إلى إشراف وزارة التربية والتعليم على العديد من المدارس التي تقوم بتعليم المكفوفين .

٧- الخدمات الصحية :

وهى تتضمن جانبان : إنشاء المستشفيات التى تعالج الأمراض التى تؤدى للاصابة بكف البصر، توفير أوجه الرعاية الصحية لمؤسسات رعاية المكفوفين بالإضافة إلى تدريب الكفيف على استخدام العصا البيضاء أو الكلب المرشد حتى يتحقق له الأمن الجسمى والنفسى.

٨- الخدمات الاعلامية :

وهدفها نشر الدعاية بين المواطنين وتنوير الرأى العام لتقبل تشغيل المعوقين من المكفوفين، أو العمل على سلامتهم فى الطريق، وتزويد الجماهير بالتوجيهات المفيدة لتجنب كف البصر والوقاية منه .

٩- الخدمات التشريعية :

أصدرت الدولة العديد من القوانين لحماية حقوق المكفوفين من صرف المعاشات والمساعدات لهم، بالإضافة إلى القوانين التى تفرض تشغيل ٥٪ من المعوقين فى كل منشأة تستخدم ٥٠ عاملا فأكثر بعد حصولهم على شهادة التأهيل، وقد تبلورت هذه النصوص فى قانون تأهيل المكفوفين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ ، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل بدعم ٩٣ لعام ١٩٨٠ .

دور الخدمة الاجتماعية مع المكفوفين :

إن الكفيف يعانى من ضغوط ذاتية سواء جسمية أو نفسية، وضغوط بيئية سواء كانت مادية أو اجتماعية، ولتخفيف أثر هذه الضغوط تستطيع طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث أن تلعب دورا رئيسيا فى تحقيق التكيف الاجتماعى للكفيف على النحو الآتى :

أولا - طريقة خدمة الفرد Social Case Work Method :

١- إعداد التاريخ الاجتماعي للكفيف وهو الأساسي الذى يبنى عليه دراسة وتشخيص وعلاج مشكلاته .

٢- مساعدة الكفيف في تقبل إعاقته دون تهوين أو تهويل ومساعدته على التكيف مع ظروف البيئة .

٣- الاهتمام باكتشاف الحالات التى تحتاج لرعاية فى مرحلة مبكرة حتى لاتتفاقم مشكلتها.

٤- اجراء المقابلات الفردية مع العملاء ذوى المشاعر النفسية السلبية كالعدوانيين والانطوائيين حتى يمكن تعديل مشاعرهم واتجاهاتهم السلبية .

٥- المساعدة فى تقديم الخدمات التشغيلية كتوظيف الكفيف فى المصانع والمؤسسات وتتبع حالته حتى يستقر فى حياته الاجتماعية الجديدة .

ثانيا - طريقة خدمة الجماعة Social Group Work Method :

ان اخصائى خدمة الجماعة يستطيع عن طريق الجماعة وتفاعلاتها تعديل السلوك السلبى لدى الكفيف ودعم السلوك الايجابى باستخدام البرامج والأنشطة الهادفة للجماعة كالرحلات والحفلات والمعسكرات والمسابقات والأنشطة الثقافية والفنية كوسائل تصبح بها الجماعة أداة لتنمية الشخصية ودعم القيم الاجتماعية المرغوبة، كما أن العضو الكفيف يستطيع أن يكتسب العديد من المهارات والخبرات من خلال أنشطة الجماعة مثل التدريب على القيادة والتبعية وتحمل المسئولية والنظام، واحترام الملكية الجماعية، والثقة بالنفس والآخرين ،

والتعاون ، والتنافس البناء إلى غير ذلك من القيم الاجتماعية .

ثالثا : طريقة تنظيم المجتمع : Community Organization Method :

يمكن من خلال هذه الطريقة نشر الرعاية بين المواطنين وتعريفهم بأهمية رعاية المكفوفين ومشكلاتهم ، وطرق الوقاية من الاصابة بالاعاقات المختلفة، بالاضافة إلى تعريف المواطنين بالمؤسسات التى ترعى المكفوفين والخدمات التى تقدمها .

وليس من شك أن الخدمات التدعيمية التى يقوم بها الممارسون بهذه الطريقة مثل تدريب العاملين فى مؤسسات الرعاية، وطبع الكتب الإرشادية، وعقد المؤتمرات المحلية والدولية لمناقشة مشاكل المكفوفين، وإجراء البحوث العلمية لتحديث برامج الرعاية وتقييم الخدمات القائمة، كل هذه البرامج تلعب دورا أساسيا فى تحقيق التكيف بين الكفيف والمجتمع الذى يعيش فيه .

ثانيا : الصمم Deaf :

يعد فقدان حاسة السمع من المعوقات التى تفرض سياجا من العزلة حول الشخص الذى فقد سمعه، كما أن فقدان هذه الحالة يعد مشكلة بالغة الدقة تواجه المشتغلين بتأهيل وتربية المعوقين سمعيا، فالطفل الذى ولد فاقدا لحاسة السمع أو الذى فقد هذه الحاسة قبل أن يستطيع الكلام يعتبر أمر تعليمه وتدريبه من أصعب المحاولات وأشقها لما يتطلبه ذلك من صبر وخبرة من جانب فريق التأهيل الذين يقع عليهم عبء العمل مع هؤلاء الأشخاص وأعدادهم للحياة .

تعريف الأصم :

يعرف الأصم بأنه ذلك الشخص الذى لايمكنه استخدام حاسة

السمع نهائيا فى حياته اليومية .

كما يعرف الدكتور عبد الفتاح عثمان الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذى حرم من حاسة السمع منذ الولادة، أو هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو من فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة .

وهناك طريقتان يستعان بهما على تحطيم جانب من عزلة الأصم وربطه بعالم الكلمات ومن ثم تعليمه وتدريبة :

١ - الطريقة الأولى وتعرف باسم طريقة الاشارة وتعتمد على الاشارات والايماءات وحركات الجسم التى يعبر بها عن الأفكار، وتختلف هذه الطريقة فى تعبيراتها بإختلاف البيئات والثقافات .

٢ - الطريقة الثانية وتعرف باسم الطريقة الشفوية وتقوم أساسا على قدرة الطفل الأصم على ملاحظة حركات الفم والشفاه واللسان والحلق .. الخ ، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية (حروف) وهذه الطريقة تحتاج إلى خبرة من المعلم ليمارسها بكفاءة، وإلى خبرة تقابلها من المتعلم ليفهمها .

وهناك رأى ينادى بأن يتعلم الطفل الطريقتين معا أو على الأقل يعمل بالطريقة الأولى ويتقن الطريقة الثانية .

حجم المشكلة :

أثبتت الأبحاث والدراسات التى أجريت فى البلاد المتقدمة أنه بين كل ٢٥٠٠ شخص من السكان يحتمل وجود شخص أصم، أى بنسبة ٤ أشخاص فى كل عشرة آلاف مواطن ، وتؤكد منظمة الصحة العالمية

عام ١٩٩٨ إلى أن ٤٥ مليون شخص فوق سن الثالثة فى العالم مصابون بضعف السمع مابين المتوسط والشديد وتشير بعض الاحصاءات إلى أنه يوجد فى مصر حوالى ٦٨ ألف أصم .

وفى بحث أجرى فى ريف مصر عام ١٩٩٠ على السكان من عمر ٥ - ٨٠ سنة أوضح أن نسبة ١١ ٪ يعانون من ضعف السمع اغلبهم من النوع الحسى العصبى واقلهم من النوع التوصيلى ، وكان الضعف شديدا فى النوع الأول وبسيطا فى النوع الثانى . كما وجد أن نسبة ضعف السمع الوراثى تمثل ٢٠ ٪ من حالات ضعف السمع الحسى العصبى. كما اجرى بحث آخر على طلبه المدارس على حوالى ٨ آلاف تلميذ من سن ٦-١٢ سنة حيث وجد أن نسبة ضعف السمع تمثل ٧,٧ ٪ [١] .

أسباب الصمم :

يقسم الصمم إلى نوعان رئيسيان هما :

١ - الصمم الخلقى (الولادى) The Congenitarly Deaf

وهم الأفراد الذين ولدوا صما ويمثلون حوالى ٦٠ ٪ من مجموع حالات الصمم تقريبا .

٢ - الصمم العارض (المكتسب) The adventionaly deaf

وهم الأفراد الذين ولدوا بحاسة سمع عادية، ولكنهم أصيبوا بالصمم فى أحدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث .

وينتج الصمم الخلقى لعوامل يمكن إجمالها فيما يلى :

---

(١) الاتحاد العام لرعاية الفئات الخاصة بالمعوقين، النشرة الدورية العدد ٣٩، ١٩٩٤ ، ص ١٥ .

أ- عوامل وراثية .

ب - الاصابة بالزهرى .

جـ - التهاب أغشية المخ أثناء الحمل للجنين .

د- الجروح والأصابات أثناء عملية الولادة.

هـ - نقص الأكسجين فى دم الطفل .

و - تعاطى الأم أدوية تؤثر على الجنين أثناء الحمل .

ما أسباب الصمم المكتسب فهى :

. الإصابة بالأمراض المعدية فى مرحلة الطفولة مثل الحمى القرمزية، الحصبة، الالتهاب السحائي ، المضاعفات بعد العمليات الجراحية فى الأذن ، والحوادث .

مشكلات الأصم :

وإذا ما تساءلنا عن أهم المشكلات التى تنتج عن فقدان السمع نستطيع أن نجملها فيما يلى :

١- صعوبة الاتصال والتفاعل مع الآخرين بالوسائل السمعية المصطلح عليها مما يشكل عائقا إجتماعيا شديدا.

٢- إفتقار الإصم وخاصة من يفقد سمعه فى سن مبكرة إلى أساليب التفاهم مع أفراد البيئة التى ينتمى إليها .

٣- الاهتزاز النفسى والانفعالى الذى من نتائجه الإجتماعية الأنطوائية المشاهدة عند غالبية الصم، وتكتلهم فى هيئة تجمعات أو أقليات شبه معزولة إجتماعيا .

ومن الناحية النفسية يؤدى هذا الاهتزاز أو عدم الثبات النفسى

والإنفعالى إلى أمراض نفسية مختلفة تصاحب أحيانا حالات الصمم الشديدة.

٤- صعوبة النضج الإجتماعي، إذ ما من شك فى أن اللغة المسموعة تلعب دورا كبيرا فى نضج الأفراد فى المجتمع وامتصاصهم لكثير من قيمة وأوضاعه .

ولقد تبين من الدراسات أن الأطفال المصابون بالصمم الجزئى يلقون مشقات أكثر من المصابين بالصمم الكامل خاصة فى المراحل الأولى من تعليمهم، فقد تمر هذه الحالات دون أن يلحظها أحد وبذا تهمل رعايتها، على عكس ما إذا كانت العاهة تجنب الأنتباه فإنها تؤدى إلى ضم الأصم إلى مؤسسة أو مدرسة مع رفاقه .

وسائل التعليم المستخدمة للصم :

١- طريقة التدريب لمعرفة حركة الشفتين .

٢- طريقة تعليم الحروف الهجائية باليد .

٣- طريقة تعليم الاشارات للتعبير عن أنفسهم .

٤- طريقة مختلطة تجمع بين الطرق الثلاث السابقة .

وقد أجريت مجموعة من الأبحاث للوقوف على أهم النواحى النفسية للاصم، ومع أن هناك اختلافات كبيرة فى وجهات النظر إلا أنها تشير إلى اختلافات جوهرية بين الصم والعاديين، وبين الصم أنفسهم فى النواحى الاجتماعية والمزاجية ومدى التكيف .

دور الخدمة الاجتماعية فى محيط الصم :

إن الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة تستطيع أن تساعد الأصم

في مختلف مجالات حياته الدراسية والمهنية، ومعاونه في التغلب على ما يواجهه من صعاب ومشكلات .

وعلى سبيل المثال تعمل طريقة خدمة الفرد على مساعدة الأصم في عمليات التعليم والتدريب والتوجيه المهنى ، والتشغيل ، كما تساهم في حل مشكلات التكيف الذاتى والاجتماعى .

كما أن طريقة خدمة الجماعة ذات تأثير فعال فى تحقيق تكيف الأصم من خلال ثلاث مجالات هى :

أ- فمن حيث المجال التربوى يمارس اعضاء الجماعات من الصم النشاط الاجتماعى الحر كوسيلة ترفيهية فى قالب تربوى يعمل على ترابطهم وادماجهم في المجتمع، حيث يمكن تكوين علاقات طيبة مع الآخرين تمدهم بالثقة بالنفس وبالآخرين ، وتشعرهم بالتقدير ، وتمنحهم المكانة الاجتماعية .

ب - ومن حيث المجال العلاجي يمكن استغلال الجماعة فى علاج الكثير من المشكلات التى يعانى منها الأصم كالانطواء ، والخوف ، والغيرة، واليأس . فالجماعة وسيلة للتخلص من المشاعر السلبية، وغرس القيم والاتجاهات الاجتماعية بالإضافة إلى الكشف عن المواهب واكتسابها والعمل على تنميتها واستغلالها .

جـ - ومن حيث المجال الترويجى يستطيع الأصم أن يشعر باللذة والبهجة والسرور والاستمتاع عند ممارسته لأنشطة خدمة الجماعة التى يغلب عليها الطابع الترويحى بقصد تحسين العلاقات الانسانية، واستثمار وقت الفراغ بنشاط تتيح اشباع الحاجات النفسية، وزيادة المهارة والمعارف والخبرات .

ثالثا : عيوب النطق والكلام :

يمكن تعريف عيوب النطق والكلام بأنها الحالة التى نضطر فيها كمستمعين إلى بذل مجهود أكثر مما يجب، لنفهم ألفاظ المتكلم. وهذا يبدو عادة فى سن مبكرة، ويعتبر من أهم المشكلات التى تواجه الطفولة، والتى يجب أن تحظى بعناية المربين والآباء .

ولقد دلت الاحصاءات التى ظهرت فى مصر وغيرها من البلاد أن حوالى ٧٪ من مجموع تلاميذ المدارس الابتدائية لديهم عيوب فى النطق واضطراب في الكلام، وكل كلام لايكون واضحا ومفهوما فى مخارجه ونبراته وطبقته بالنسبة لسن الشخص ودرجة ثقافته يعد شاذا وغير طبيعي .

والفرق بين عيوب النطق واضطراب الكلام هو أن عيوب النطق لاتكون بسبب مرض عضوى أو وظيفى ولكن ترجع إلى عدم التدريب على إخراج الحروف .

أما اضطراب الكلام فينشأ عن وجود خلل فى أجهزة الكلام أو فى الأعصاب المتحكمة فيها [1] .

أنواع عيوب الكلام :

يمكن تحديد عيوب الكلام فى الأنواع الآتية :

١ - التهتهة وهى تطلق على كافة أنواع عيوب الكلام بدون استثناء .

٢ - اللجلجة : وهى التردد فى الكلمات وهى ليست عيبا عضويا، ولكن قد تكون طبيعية فى الأسرة، وهى تحدث عادة عند بدء الكلام .

---

(١) د. محمد عبد المنعم نور ، مرجع سابق ، ص ٢٥٠

٣- الفأفأة والتمتمة وهى التردد فى نطق حرف التاء والميم أو حرف الفاء .

٤- اضطراب الصوت وهو عدم خروج الصوت بتردد مقبول أو واضح وفق ما تتطلبه الظروف كالصوت الخشن أو المكبوت أو المنخفض أو الضعيف .. الخ .

٥- احتباس الكلام وفى هذه الحالة يصعب على الشخص النطق أو التفهيم أو إستعمال اللغة المنطوقة أو المسموعة .

ويستخدم جهاز قياس السمع (الايديوميتر) واختبارات السمع الأخرى فى إستخراج حدة السمع لكل أذن على حدة، كما يجرى للطفل إختبارات أخرى خاصة لتقدير قدرته على الكلام ونوع الاضطراب الموجود لديه .

وترجع أسباب عيوب الكلام بوجه عام إلى عوامل عصبية أو عضوية واستعدادية وصحية ونفسية وإجتماعية .

أما أسباب عيوب النطق فهى :

١- تشوهات الشفتين .

٢- تشوهات خلقية فى سقف الحلق مثلا .

٣- تشوهات الفكين لعدم انطباقهما طبيعيا .

٤- عيوب فى اللسان كزيادة حجمه أو وجود اربطه بينه وبين قاع الفم .

٥- وجود خلل بالخلايا العصبية المهيمنة على حركة النطق .

أما أنواع العلاج فهى متعددة منها :

١ - العلاج الجراحى والطبى والنفسى .

٢ - العلاج الطبيعى .

٣ - تمرينات فى النطق والكلام .

سلوك المصاب بعيوب النطق والكلام

ان الاصابة بعيوب فى النطق أو الكلام تجعل من صاحبها شخصا يختلف عن الآخرين العاديين مما يقلل من قدرته وينقص من اعتماد الفرد على نفسه، أو قدرته على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين ، وبالتالى لايرغب فى تحمل المسئولية أو التعاون مع الغير، وتزداد لديه المشاعر السلبية كالشعور بالنقص وعدم الكفاءة واليأس والخوف والعزلة والإنطواء . ولايستطيع الإستفادة من فرص الحياة بسبب تردده وخجله مما يعرضه لفشل مستمر فى الحياة وآلام نفسية سيئة .

الفصل الرابع

الإعاقة العقلية

مقدمة .

أولا : الفصام .

ثانيا : البرانويا .

ثالثا : ذهان الهوس والاكتئاب .

رابعا : ذهان الشيخوخة .

مقدمة

من أبرز الإعاقات فى مجال التعليم والتأهيل هى الاعاقات السمعية والاعاقات البصرية والاعاقات العقلية، وقد سبق أن تعرضنا فى الصفحات السابقة لهذه الاعاقات واستكمالا لها سوف نتعرض للاعاقة العقلية والتى تتضمن إما نقصا فى التكوين العقلى وفى أعضاء المخ مثل حالات الضعف العقلي ، وإما خللا فى التفكير أو فى الاحساس مثل حالات المرض النفسى السيكوسوماتى والمرض العقلى بأشكاله المختلفة .

وكما يوجد بين البشر العمالقة، والعاديون ، والاقزام من الناحية الجسمية، فإن بينهم أيضا العباقرة، والعاديون وضعاف العقول من الناحية العقلية، وتعرف الاعاقة العقلية بأنها تلك الاعاقة الناتجة عن عجز التنظيم العقلى والنفسى للفرد عن التكيف الصحى مع بيئته الاجتماعية إلى حد بلوغ مستوى من السلبية الاجتماعية فهو اعاقة للفرد عن الادراك والتصرف المناسب فى المواقف المختلفة إلى جانب الفشل الدائم فى تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين .

وكما سبق أن أوضحنا من قبل فى كثير من الاعاقات ان توقف النمو العقلى للطفل ضعيف العقل يرجع إما لأسباب وراثية ولد بها، أو لأحد العوامل المكتسبة من البيئة التى يعيش فيها .

ويبلغ عدد الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلى فى الظروف العادية ٣٪ من أفراد المجتمع، وتزيد النسبة عن ذلك فى المجتمعات التى تعانى من سوء التغذية وقصور الخدمات الصحية. وفى بحث اجرى على مدينة القاهرة تبين أن نسبة التخلف العقلى فى بعض الأحياء بلغت ٧٪ من عدد السكان، واذا أخذنا بالنسبة الأكثر تفاؤلا وهى ٣٪ يكون لدينا

١,٩٥٠,٠٠٠ معاق ذهنيا ون عدد المؤسسات الموجودة لاتستوعب أكثر من ٢٥٠٠ طفل لادركنا حجم المشكلة التى تعانى منها ٢ مليون أسرة مصرية (١) .

واذا أضفنا إلى ذلك تكلفة الطفل العادى لأدركنا العبء الثقيل الذى يقع على كاهل أسرة هؤلاء الأطفال المعاقين فضلا عن الأعباء النفسية والمشكلات الاجتماعية الأخرى التى تواجهها هذه الأسر .

أما عن خصائص شخصية المتخلف عقليا فقد أوضحتها أحدى الدراسات فى الآتى :

١- القصور الوظيفى للذات .

٢- التبعية وقلة الحيلة .

٣- توقع الفشل .

٤- الحاجة إلى التفاعل الاجتماعى .

٥- الاضطراب الانفعالى (٢) .

تقسيم الضعف العقلى :

هناك عدة تقسيمات مختلفة تمثل اتجاهات متعددة للضعف العقلى يمكن أن نعرضها بشكل مختصر فيما يلى :

١- التقسيم التقليدى :

وهو يقسم ضعاف العقول إلى فئات طبقا لدرجات الذكاء الآتية:

---

(١) اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية، العدد ٣٢ ، القاهرة، ١٩٩٢، ص ١٨

(٢) عثمان لبيب فراج، دراسة تحليلية لشخصية المتخلف عقليا كأساس لتخطيط برامج التأهيل ، الاتحاد العام لرعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية ، العدد ٣٠، ١٩٩٢

أ- المعتوهين Idiot ونسبة الذكاء لديهم تقل عن ٢٥ .

ب - البلهاء Imbecile ونسبة الذكاء لديهم بين ٢٥ - ٥٠ .

جـ - المأفونين (المورون) ونسبة الذكاء لديهم بين ٥٠- ٧٠.

أما نسبة الذكاء للطفل العادى فتتراوح بين ٩٠ - ١١٠ أما فوق ذلك فيدخلون فى عداد الأذكياء والعباقرة .

وسوف نعرض فى الصفحات التالية لبعض الاعاقات العقلية ذات التأثير الواضح فى سلوك الإنسان مثل الفصام، البرانويا ، ذهان الهوس والاكتئاب .

أولا : الفصام Schizophrenia :

ويعتبر من أكثر أشكال الأمراض العقلية انتشارا ، وقد أدخل مصطلح الفصام (باللغة العربية أو الشيزوفرينيا باللغة الانجليزية) العالم أوجينى بلويلر Eugene Bleuler عام ١٩١١ لأنها تحمل فى معناها ظاهرة تفكك الشخصية، بمعنى ان التفكير لايرتبط بالانفعال ، والانفعال لايرتبط بالنشاط الحركى، مع الانسحاب من الحياة الواقعية إلى حياة العزلة والانكماش فى عالم خيالى ، وهو تربة صالحة لنمو الكثير من الهلاوس والهذيانات فى شكل معتقدات خاطئة وغير مطابقة للواقع كأن يعتقد المريض أن بعض المحيطين به يتآمرون عليه ويضطهدونه وأحيانا أعراض جسمية مثل عدم اتزان الجهاز العصبى ، ويظهر ذلك فى برودة الاطراف وزرقتها وظهور بقع جلدية واتساع حدقة العين .

أما الاضطراب فى حياته الانفعالية فيبدو فى ضحالة انفعالاته وتقلبها وعدم ملائمتها للمواقف التى تثيرها فقد يضحك لما يؤلم ويتألم لما يثير الضحك، كما أنه غير مهتم بما يجرى فى العالم الخارجى.

ومن أعراض هذا المرض الخمول والبلادة، ونقص شديد في الحيوية، أو ينتابه أفعال إندفاعية مفاجئة مثل صرخة عالية مفاجئة أو اعتداء على الغير أو تدمير أثاث ، وكثيرا ما تكون هذه الانفجارات الفجائية استجابة لهلاوس تؤثر فيه.

واضطراب تفكير الفصامي لايقل غرابة عن اضطراب انفعاله وسلوكه، كما يرى ان كل سلوك يصدر من الآخرين موجه إليه شخصيا بقصد السخرية منه وإيذاءه .

حجم الانتشار:

يمثل الفصام (الشيزوفرينيا) المقبولين بمستشفيات الأمراض العقلية في بلد كالولايات المتحدة الامريكية ٥٠٪ من المرضى، وعلى الرغم من أن بداية المرض قد تحدث في المراهقة فمن الغالب أن تظهر الأعراض في السن ما بين ٢٠-٤٠ سنة ومتوسط السن الذى يبدأ فيها الفصام في الظهور هو سن ٣٥ سنة، وإلى جانب نزلاء المستشفيات يوجد الفصاميون بين البغايا والجانحين والأفراد المنعزلين فى المجتمع، كما تميل نسبة الفصاميين إلى الانخفاض فى المناطق الريفية .

أنواع الفصام:

هناك أربعة أنواع تقليدية للفصام طبقا لتصنيف كربلن Krao-blin يمكن إيجازها فيما يلى :

١- الفصام البسيط : Simple Schizophrenia :

وهذا النوع غالبا ما يظهر في سن مبكرة، وقد تكون أعراضه غير واضحة وبالتالى فإن المرضى به يعيشون بين الأفراد العاديين، ويبدو عليهم عدم الاهتمام بالمستقبل وضعف الطموح وإهمال شكله

ومظهره، لذلك فهو يظهر على الاشخاص المنطوين والكسالى، والقدرات العقلية لديهم لاتتأثر كثيرا وإن كانت استجاباتهم الانفعالية مضطربة وتتميز بالبرودة وحب العزلة. والتصنع فى المواقف الانفعالية وهذا النوع من الفصام يمكن تدريبه وإعادة تكيفه مع المجتمع .

٢- الفصام الطفلى :

ويتميز سلوك المريض بالطفلية من حيث التبول والتبرز وطريقة الأكل ، بالإضافة إلى هلاوس وهذاءات غير منسقة تبدو فى الضحك العالى دون سبب، والقيام بأعمال سخيفة لايقرها المجتمع ولاتتناسب مع سنه .

٣- الفصام التخشبى : Catatonic Schizophrenia :

وهو ينقسم إلى نوعان :

أ- الفصام الصامت ومن أبرز سماته أن المريض يتخذ أوضاعا ثابتة متخشبة يظل عليها ساعات طويلة، ولايخضع لمبادىء النظافة من حيث التبول والتبرز لأنه لايستطيع التحكم فيها، كما أنه غير مدرك لكل ما يدور حوله أثناء تخشبه .

ب - الفصام المتهيج وفيه ينقلب الصمت الحركى إلى نشاط حركى زائد والقيام بتصرفات عدوانية دون أسباب منطقية، وقد يصل إلى حالة حادة من التوتر فينهار ويموت .

٤- الفصام الهذائى : Paranoid Schizophrenia :

ويتميز هذا النوع بالبلادة الانفعالية والانسحاب من الواقع وهذيان متفكك غير منتظم ومتقلب غير ثابت ، وغالبا مايصاحب هذا الفصامى هلاوس سمعية وبصرية والتشكك فى الغير .

وأضيف حديثا أنماط أخرى إلى ماسبق مثل الفصام الوجدانى، وفصام المراهقة، والنمط المتزامن غير المتمايز .

أسباب الفصام:

لايزال الخلاف شديدا بين العلماء حول تحديد أسباب الاصابة بالفصام، فالبعض يرى أن الفصام سببه عضوى ويعالجه على هذا الأساس ، والبعض الآخر يري أن الفصام سببه سيكوسوماتى ، وكثير من البحوث الطبية تؤكد أن الفصاميين يعانون من اضطرابات غددية وكيماوية غير ان ارتباط الفصام بهذه الاضطرابات العضوية لايعنى أنه نتيجة لها، فقد يكون المرض هو سبب هذه الاضطرابات، فالأزمات الانفعالية تؤدى إلى خلل فى التوازن الكيماوى والبيولوجى للفرد .

كما تؤكد البحوث العلمية ان مرضي الفصام عاشوا حياة أسرية مضطربة، وهذا يعنى أن تحديد الأسباب الحقيقية لهذا المرض يتطلب معرفة دقيقة بتاريخ حياة المريض وتفاعل العوامل الممهدة للمرض التى حدثت فى الماضى مع الظروف الحالية المفاجأة والتى أدت إلى الإصابة بالفصام. وهنا يصبح للاخصائى الاجتماعى دورا هاما فى فريق العمل Team Work لكى يقوم بالدراسة الاجتماعية للحالة وتحديد سبب الاصابة بها .

سمات المريض:

هناك سمات شائعة للشخصية الفصامية منها :

أ- التبلد الإنفعالى .

ب - عدم إنتظام التفكير .

جـ - الهذاءات .

د - الهلاوس .

هـ- التغيرات السلوكية المفاجئة .

ورغم ان الاتجاه الحديث يميل إلى أن مكان علاج المرضى هو في البيئة ذاتها إلا أنه في الحالات الحادة يفضل إيداع المريض بالمستشفى .

وأهم أنواع العلاج هي :

أ- العلاج الطبي :

ويتمثل في صدمات الأنسولين والصدمات الكهربائية بالاضافة إلى العمليت الجراحية أحيانا .

ب - العلاج النفسي :

ويتمثل في العلاج النفسي الفردى ، العلاج النفسي الجماعي، هذا بالاضافة إلى بث الثقة في نفس المريض وتشجيعه على الاختلاط بالآخرين .

ثانيا : البارانويا - (جنون العظمة) Paranoia :

وهو ذهان العقائد الوهمية التي تبرز في شكل أفكار متسلطة، وتظهر في صور مختلفة في عدد كبير من الأمراض النفسية والعقلية، كما في حالة الأوهام الهستيرية وحالة الفصام الهذائي .

والمقصود بالبارانويا الذهانية تلك الحالات الشديدة التي تظهر عندها أوهام لها صفة الثبات والانتظام حول فكرة واحدة تسيطر على سلوك المريض بحيث يكون مركزا ينسج حوله كل أفكاره وتصرفاته في

خطة محبوكة بحيث يخيل لنا أنها حقيقية فعلا، ولكن بتكرارها يتبين لنا أنها مجرد وهم من خيال المريض .

ومريض البارنويا عادة ماتضطرب عنده الوظيفة الجنسية كالعجز الجنسي، ويربط أنصار التحليل النفسي بين هذه الاستجابات وبين عقدة أوديب .

وتتخذ العقائد الوهمية أشكالا مختلفة هي :

١- البارنويا الاضطهادية :

وفيها يتصور المريض أنه مضطهد من شخص معين ، وأنه يحاول إيذائه، لذلك يشغل كل وقته للتفكير فى هذا الموضوع .

٢- بارانويا العظمة :

وفيها يعتقد الشخص أنه رجل عظيم فمثلا يتصور نفسه أحد الزعماء أو القادة أو أنه نبى مرسل من عند الله إلى غير ذلك .

٣- بارانويا الغيرة :

وفيها يتشكك الشخص فى سلوك من يحب ويعتقد ان كل الناس يريدون مشاركته هذا الحب .

٤- بارانويا العشق :

وفيها يعتقد الشخص أنه محور انتباه الجميع خاصة الجنس الآخر، فيتصور أن الجميع يتسابقون لكسب حبه كأنه معبود الجماهير.

أسباب الاصابة :

لاتزال أسبابها غير معروفة، غير أن المشكلات السابقة للمرض تكاد أسبابها تنحصر فى علاقة الطفل بالوالدين والتشكك كعامل أو

نمط من أنماط التربية، مع شعور قوى بالنقص ناتج عن فشل فى عملية التوافق، كما نجد باستمرار مشكلات الجنسية الغيرية تتخفى عادة وراء الخجل والحياء مع تزمت الضمير .

وهناك تفسيرات كثيرة لحالات البارانويا منها انها إجراء عقلى يقوم على انعكاس مشاعر المريض واحساساته اللاشعورية فى صورة العقائد الوهمية التي ترتبط بالتكوين النفسى للمريض، ويؤكد بعض العلماء علاقة البارانويا باضطراب النمو فى تطور الميل الجنسى وتوقفه عند المراحل المبكرة مثل مرحلة حب الذات أو حب نفس الجنس .

صفات المريض :

ان الأشخاص ذوى الخلق البارانوى تلمس فى سلوكهم العناد والأنانية والتصميم على أرائهم بحيث يصعب اقناعهم، وكثير منهم لايعترفون باخطائهم ويلقون التبعية دائما على غيرهم، وغالبا مايعتقدون أنهم ذوى قدرات عقلية فائقة وأهم سلالة ممتازة عن باقى الناس، ويتصورون أن الناس يحسدونهم ويخافونهم ويتمنون لو كانوا مثلهم هذا بالاضافة إلى أنهم لايتقبلون النصح من أحد ولاينفع الجدل معهم .

أساليب العلاج :

١- تبصير المريض بهذاءاته الواقعية

٢- العلاج النفسى .

٣- العلاج الكهربائي .

ثالثا : ذهان الهوس والاكتئاب Monic- DSprssive Psychosis

وهو مرض واحد تظهر اعراضه فى صورة نوبات دورية متعاقبة ومتكررة، وتكون هذه الأدوار نوبة هوس تعقبها نوبة هبوط واكتئاب ،

وهكذا فى شكل دورى ولذا أحيانا مايطلق على هذا المرض اسم الذهان الدورى ، وقد تتخلل هذه الأدوار عادة فترات هادئة يكون المريض أثنائها فى حالة تكاد تكون طبيعية.

حجم الانتشار :

يقدر عدد مرضى جنون الهوس والاكتئاب بنسبة ٥ر٪ من مجموع السكان، وهم حوالى ٨ ٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية، ومتوسط العمر الذى يحدث فيه المرض عند دخولهم المستشفى حوالى ٤٠ سنة ونسبة الإناث إلى الذكور ٣ : ٢ تقريبا .

الأعراض :

هناك سمات تميز ذهان الهوس والاكتئاب ككل كاستجابة وجدانية خاصة وهى :

١- يحدث المرض فجائيا وقليل منها تدريجيا .

٢- تنتهى أعراض المرض فى غضون ستة أشهر إما تلقائيا أو نتيجة العلاج .

٣- تظل احتمالات عودة المرض مرة أخرى قائمة .

٤- تأرجح المزاج هو العامل الوحيد .

٥- تظهر بعض الهلاوس والهذاءات وإن كانت عرضية .

وفى دور الهوس :

يعترى المريض الفرح الشديد والمرح وتكون الأفكار سريعة وغير متماسكة ويشتد نشاطه فى كل اتجاه وفى أمور تافهة، كما أنه لايتعب أو يمل من عمل معين، وتعتريه نوبات من الشعور بالقوة ويقاوم بشدة

كل من يقف فى طريقه، وهذا المريض نادرا ماينام، أما أكثر الافعال سوءا هى القيام ببعض الجرائم العدوانية كالاغتصاب الجنسى واقتحام منازل الغير وإدمان المشروبات الكحولية وكثرة التجوال الليلى المتسم بالمرح والغناء .

وفى دور الاكتئاب :

يبدو المريض فى صورة حزينة دون سبب ويظهر عليه الأرهاق من كثرة ما قام به فى دور الهوس ، ويغلب عليه التعب والهدوء الزائد والعزلة التامة إلى درجة التفكير فى الانتحار من شدة الشعور بالذنب .

العلاج :

يتطلب علاج مريض الهوس والاكتئاب الاجراءات الآتية :

١- حماية المريض من أعراض المرض السيئة .

٢- مراقبته جيدا خوفا من الانتحار .

أما العلاج النفسى فيتركز فى ضبط سلوك المريض وتوجيهه، بالاضافة إلى استخدام العلاج الكهربائى فى مرحلة الاكتئاب ، أما الاخصائى الاجتماعى فيلعب دورا هاما فى احاطة المريض بجو من الشعور بالعطف والفهم والسير نحو بؤرة المشكلة تمهيدا لتقوية إرادة العميل فى مواجهتها مع توفير الظروف البيئية المناسبة لمساعدة المريض .

رابعا : ذهان الشيخوخة :

وهم أكثر الأمراض العقلية انتشارا بعد الفصام، وتطلق مرحلة الشيخوخة إلى ما بعد الستين من العمر، ولكن الفروق الوراثية والمكتسبة تجعل هذا التحديد غير نهائى ومع تقدم العمر بعد هذه السن عادة يحدث اضمحلال وضعف فى النمو العقلى والجسمى ، ولذا فإن

ذهان الشيخوخة يتطور بالتدريج، ويصاب الجهاز العصبي بنوع من الضمور. ويظهر ذهان الشيخوخة في حالات تصلب الشرايين أكثر من غيرها مما يضاعف من حدة الحالة وإذا صاحب ذلك ارتفاع في ضغط الدم فقد تؤدى إلى انفجار في شرايين المخ .

والاضطرابات العقلية والانفعالية تشتد نتيجة للتغير الشديد في المكانة الاجتماعية للشخص ومايتعرض له من مشكلات في هذا السن كاضطر ه للاعتماد على الغير وشعوره بأنه أصبح عبئا على غيره، وزوال ما كان ينعم به من مسئولية وسلطان فهذا الانتقال الفجائي إلى حالة العجز وقلة الحيلة قد يكون متساويا في اضراره للعطب العضوى والعصبي خاصة إن لم يتبع التقاعد المبكر نشاطا أو عمل .

وتظهر اعراض هذا المرض على وجه الخصوص في عدم القدرة على الحفظ والتذكر وخصوصا للخبرات المباشرة بينما يكون الشخص قادرا على إعادة الذكريات القديمة، كما تقل القدرة العقلية العامة، ويتحول اهتمام المريض إلى الأمور المتمركزة حول نفسه ولذا يقل الاهتمام بالشئون العامة والأفكار الحديثة ويزداد تمسكهم بالقديم ، وبعض الحالات يظهر فيها العناد الشديد وصلابة الرأي مما يسبب كثيرا من المشكلات، وغالبا مايتنحى المريض عن مباشرة شئونه الخاصة فيوكل أموره لغيره، بينما لايدرك البعض الآخر ضرورة التخلى عن إدارة الأمور العائلية والمالية لمن يخلفه فيسبب كثيرا من الاضرار بتصرفاته الخاطئة التي تخلق المتاعب .

وكلما تقدم المريض في السن كلما زاد نكوصه وتراجعه إلى أنواع السلوك المشابه لسلوك الطفل من حيث الانانية والاعتماد على الغير وغير ذلك، وتقل قدرته على ضبط عواطفه وكثيرا ما يتورط في

أعمال لاتحتمل مسئوليتها كالاقبال على زواج جديد يكون نتيجته عدم التوفيق دائما أو مغازلة الفتيات والسيدات كما لو كان شابا .

ويكون ضيق الصدر لايقبل النصح ولايخضع لمشررة أحد بل يعتقد أن من ينصحه عدو له وتكون عنده أفكارا اضطهادية احيانا، ومما يدل على اقتراب هؤلاء من طبيعة الطفولة انهم يميلون عادة للعب مع الأطفال وقضاء وقت طويل بينهم كما لو كانوا من أعمار متقاربة .

وهناك عدة أنواع لهذا الذهان أهمها مايلى :

١- النوع البسيط : وهو الأكثر انتشارا ويتميز بالضعف الزائد فى الذاكرة وضيق مجال الاهتمامات الشخصية وغرابة التفكير والتهيج وعدم الاستقرار، وبتقدم الحالة قد يصاب المريض بحالة تخشب بسيطة.

٢- النوع المقبض : ويتميز بجانب ضعف الذاكرة بهذيان المرض والانقباض .

٣- النوع الاضطهادى : على عكس ماسبق يتميز بوضوح الذاكرة ولكن تكثر الهذيانات الغريبة غير المنطقية والهلاوس المختلفة .

علاج الأمراض العقلية

مريض العقل فى حالة عدم استبصار بحالته المرضية لايعترف ولايقبل علاج لذا يدفعه غيره للدخول بمستشفى الأمراض العقلية فقد يكون خطرا على نفسه وعلى غيره. ولكن هذا يتم بناء على اشترطات قانونية فى الاجراءات كالحصول على شهادة مؤقتة من طبيبين على الأقل بوجود الحالة المرضية، أو الحصول على حكم قضائى بعد الكشف الطبى .

وأهم طرق علاج الأمراض العقلية مايلى :

١- العلاج الطبي Medical Therapy :

أ- العلاج بالصدمات .

ب - العلاج بالتخدير .

جـ - العلاج بالتخدير الكهربائي .

د - العمليات الجراحية .

هـ - العلاج الفسيولوجي .

و- العلاج البيوكيمائي .

ز - العلاج عن طريق الاسترخاء العضلي .

٢- العلاج النفسي Psychotherapy :

أ- العلاج بالايحاء .

ب - العلاج بالاسترخاء.

جـ - الأرشاد النفسي .

د - العلاج بالتنويم السلوكي .

هـ - العلاج النفسي السلوكي .

و - العلاج بالعمل .

ز - العلاج باللعب .

ح - العلاج النفسي الجماعي .

ط - العلاج بالمسرحيات النفسية (السيكودراما) .

ثانيا : العلاج النفسي الاستبصاري :

أ-العلاج المعقود على المريض .

ب - العلاج بالتحليل النفسي الفرويدي .

جـ - العلاج بالتحليل النفسي الغير فرويدي .

٣- العلاج الاجتماعي : Social Therapy .

الفصل الخامس

احتياجات ومشكلات ذوى الاحتياجات الخاصة

مفهوم التاهيل وأساليبه وأولوياته

- سمات شخصية ذوى الاحتياجات الخاصة.

- تأهيل أسر ذوى الاحتياجات الخاصة.

- الأسرة والطفل ذوى الاحتياجات الخاصة.

- الضغوط على والدي الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة.

- العمل الفريقى كأحد ركائز العملية التأهيلية.

- استراتيجيات بناء برنامج تأهيلى.

- خدمات وبرامج رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة.

- التدخل المبكر فى إطار الإعاقة.

- واجبات الخدمة الاجتماعية فى إطار رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة.

- السمات المهنية الواجب توافرها للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية المعاقين.

- أسس عمل الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة.

- الجوانب التي يهتم بها الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

- الوسائل المساعدة المتوفرة لذوي الاحتياجات الخاصة فــي إطــار المجتمع.

مقدمـــة

لقد اقتصرت برامج رعاية المعوقين فى مصر إلى عهد قريـب على منحهم بعض المساعدات والاعانات أو العناية بهم طبيـاً وإيـواء كبار السن منهم فى المؤسسات الخيرية والملاجئ حتى تنتهى حيـاتهم ولم يكن ذلك إلا مظهراً من مظاهر العطف عليهم والرأفة بهـم بـدافع الوازع الدينى والتعاليم الدينية التى تحـض علـى رعايـة المرضـى والضعفاء وتوفير مقومات التكافل الاجتمـاعى بـين أفـراد الـشعب، ثم ظهرت فى محيط العناية بهم بعض الخدمات البسيطة تولتها بعـض الجمعيات.

ولقد كان أول اهتمام حكومى فى مصر بالمعوقين مـا تـضمنه قانون الضمان الاجتماعى ١٩٥٠ والذى حث على ضـرورة تـدريب المعوقين وتأهيلهم لإلتحاقهم بالأعمال المناسبة ، ويعد ذلك أول اعتراف حكومى بالمشكلة وضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهتهـا ثـم صدر القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والذى كان من عوامـل صـدوره حرب أكتوبر ١٩٧٣ . وما نتج عنها من مـصابى الحـرب ، حيـث استحدث إنشاء مجلس أعلى لتأهيل المعوقين يختص بدراسـة وإعـداد السياسة العامة لرعاية فئة المعوقين بجمهورية مصر العربية وتخطـيط وتنسيق البرامج الخاصة برعـايتهم وتـأهيلهم وتـشغيلهم والنهـوض بمستواهم.

ونحاول من خلال هذا الفصل إلقاء الضوء على الواقـــع الفعلـــى لخدمات وبرامج الرعاية الاجتماعية للمعاقين المقدمة من قبل المجتمـــع بمؤسساته وهيئاته ، ولنا أن نتصور مجالات الرعاية بالنسبة لهم فـــى القرن العشرين بأنها تشتمل على الرعاية الصحية بما تتضمنه من تأهيل طبى، ومؤسسات للتأهيل والتوظيف ، وبـــرامج وخـــدمات اجتماعيـــة للحالات شديدة الاعاقة و مساعدات بالنسبة الذين يتعذر تأهيلهم مهنيا ، أو إيجاد فرص العمل لهم.

وجدير بالذكر أن مجالات الرعاية الاجتماعية هذه لن يكون لهـــا أثر يذكر إن لم تأت انعكاساً لاحتياجات المعوقين أنفسهم .

مفهوم التأهيل

كشف مفهوم التأهيل عن الكثير من المعانى التى توضح العديـــد من الجوانب التى تتضمنها عملية التأهيل ذاتها ، فالتأهيل يعنى اعـــادة التكيف والمواءمة والتعليم والتدريب والتوجيه ،كما يشير الى عدة أنواع منها التأهيل الطبي- التربوى – التعليمى – الاجتمـــاعى – النفـــسى – المهنى ، وغير ذلك من جوانب أخرى تتكامل فى عملية التأهيل علاوة على ذلك فان التأهيل لا يمكن أن يقتصر فقط علـــى اعـــداد وتـــدريب المعوقين ، بل لابد وأن يشمل عمليات اعداد وتدريب الكـــوادر الفنيـــة والادارية المتخصصة التى تقوم بتقديم أنواع الرعايـــة المختلفـــة فـــى مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة بكافة أنواعها .

فعملية التأهيل هى فى حد ذاتها استراتيجية قومية شاملة تهـدف الى انجاز وتحقيق العديد من الأهداف والغايات الفردية والاجتماعيـة ، كما يتطلب ذلك أيضاً الكثير من الوسائل والأساليب الأجرائيـة التـى توضع موضع التنفيذ والتى تخـدم فئـة ذوى الاحتياجـات الخاصـة و أسرهم فى المجتمع ، كما تعتبر عمليات التأهيـل إحـدى الحقـوق الأساسية التى يجب توفيرها لذوى الاحتياجات الخاصة .

أساليب التاهيل:

١-التأهيل المرتكز على المؤسسات :

يشير هذا الأسلوب الى الوضع الذى يقدم فيه معظـم الخـدمات الخاصة بالتأهيل فى مؤسسة أو مركز لذوى الاحتياجات الخاصة وقـد تكون المؤسسات عامة مثل المؤسسات الوطنية للمعوقين بجميع أنـواع العجز ، أو متخصصة لنوع معين من الاعاقة وبعض هذه المؤسـسات يهيىء إقامة طويلة المدى للمعوق

٢- الخدمات الجائلة للتأهيل:

ويستخدم هذا الأسلوب ليصف أحد الوضعين التاليين:

(أ) عندما يشير مهنيو مؤسسة ما على السلطات المحلية بـشأن المشاكل البيئية الاجتماعية والمهنية والتعليمية التى يمكـن معالجتهـا محلياًلخفض الظروف المعوقةبين المعوقين.

(ب) عندما تجعل المؤسسة بعض الخدمات المهنية الى تؤديها للمنطقه أو المجتمع المحلى لامركزية، وفى هذة الحالة تؤتى الخدمات محليا على نحو متزايد الى الحد الذى تسمح به الموارد، وأحيانا تؤدى فى منزل الشخص المعوق وتوجد صور مختلفة لهذا النوع من الأساليب، وقد استخدمت فى بعض الأماكن خدمات الفرق المتنقله والمعسكرات وعيادات اليوم الواحد الخ.

وطريقة لامركزية الخدمات المهنية باهظة التكاليف فالمهنى ينتقل الى المجتمع المحلى ليقدم الخدمات بدلا من أن يشترط مجيء ذوى الاحتياجات الخاصة للمؤسسة ، و يتمكن من تقديم خدمات لعدد من الناس أقل ممن يمكنه فحصهم فى المؤسسة .

٣- التأهيل المرتكز على المجتمع CBR .

يستخدم هذا الأسلوب فى الأوضاع التى تكون فيها الموارد المخصصة للتأهيل متاحة فى المجتمع المحلى ، فتنتقل المعرفة بأنواع العجز ومهارات التأهيل على نطاق واسع الى ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم وأعضاء المجتمع المحلى ، كما أن المجتمع المحلى يشترك فى تخطيط البرنامج واتخاذ القرارات الخاصة به وتقييمه ويسمى ذلك بالتأهيل الديمقراطى ، ويتضمن التأهيل المرتكز على المجتمع ايضا خدمات الإحاله الى مستوى المنطقة والمحافظة والمستوى القومى ،

فيقوم موظفو التأهيل فى هذه المستويات بالتقييمات المبنية على المهارة وخطط التأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة ذوى المشاكل المعقدة.

ويتطلب التأهيل المرتكز على المجتمع لإيتاء الخدمات الضرورية أسلوباً منسقا بين قطاعات متعددة ، فهو يتطلب تعاونا وثيقا بين جميع الوزارات المعنية بالتأهيل وتخطيطاً مشتركا على المستوى الأقليمى والمحلى والقومى.

أولويات التاهيل

يمكن تناول أولويات التأهيل فى ضوء الاحتياجات الفعلية لذوى الاحتياجات الخاصة وهذه الاحتياجات يتم الكشف عنها من خلال دراسة الحالة الفردية والأسرية التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى ذلك بجانب توصيات أعضاء الفريق التأهيلى من خلال التقارير التى يعدها كل عضو بالفريق التأهيلى ، وتتمثل هذه الإحتياجات الطفل فى الأتى :

١- احتياجات فردية :

أ) بدنيــة: استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.

ب) ارشادية: الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ج) تعليمية: مثل أفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى ســن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار .

د) تدريبيــة: منح مجالات التدريب تبعاً لمــستوى المهــارات وبقصد الأعداد المهنى للعمل المناسب للمعوق .

٢- احتياجات اجتماعية :

أ) علاقية: توثيق صلات المعـوق مجتمعـه وتعـديل نظـرة المجتمع إليه.

ب) تدعيمية: مثـل الخـدمات المـساعدة التربويـة والماديـة واستمارات الانتقـال والاتـصال والاعفـاءات الـضريبية والجمركية .

ج) ثقافية : توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة .

د) أسرية : تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة .

٣- احتياجات مهنية :

أ) توجيهية: مثل تهيئة سبل التوجيه المهنى مبكراً والاسـتمرار فيه لحين الانتهاء من عملية التأهيل .

ب) تشريعية: مثل إصدار التشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.

ج) محمية: مثل إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء .

د) اندماجية: مثل فرص توفير الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب .

وجدير بالذكر ، فإن هناك مجموعة من الاحتياجات الخاصة بأسرة الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة يكون لها الأثر الطيب فى حياة المعاق إذا تم التعامل مع تلك الاحتياجات الخاصة بأسرة الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال مقابلتها بمجموعة من البرامج وهذه الاحتياجات تكون فى الغالب تدريبية ويمكن تصنيفها على النحو التالى :

١- احتياجات تدريبية متعلقة بأنشطة اللعب :

فالأطفال يستمتعون باللعب ، واللعب يساعد على تنمية الإبصار والسمع والكلام والفهم والحركة والسلوك وباللعب يتعلم الطفل أموراً عن العالم الذى نعيش فيه وعن الأشياء ، وما يحدث بالمجتمع المحلى ، ويتم مقابلة تلك الاحتياجات من خلال مجموعة تدريبات لأحد أفراد أسرة طفل معوق نحو أنشطة اللعب .

٢- احتياجات تدريبية متعلقة بانتظام الطفل بالمدرسة :

فالانتظام بالمدرسة يساعد الأطفال على تنمية عقـولهم وتعلـم أشياء عن العالم المحيط بهم وعلـى أن يـصبحوا أعـضاءاً نـافعين لمجتمعهم.

٣- احتياجات تدريبية متعلقة بالأنشطة الاجتماعية :

ينبغى على كل من الأسرة والمجتمع أن ينظر إلى الشخص الذى يعانى عجزاً على قدم المساواه مع باقى أفراد أسرته والمجتمع ، ويجب ألا يبالغ المجتمع والأسرة فى حمايته بسبب عجزه ، كما يجـب أن لا يجعلاه يشعر بقلة شأنه بسبب العجز ، ويمكن للأسرة والمجتمع تعلـيم الأفراد المعوقين أداء أكبر قدر ممكن من الأنشطة .

٤- احتياجات تدريبية متعلقة بالأنشطة المنزلية :

يصعب على الشخص المعوق أداء بعض الأنشطة المنزلية ربما لا يستطيع الشخص الذى يتم تدريبه أداء بعض الأنشطة المنزلية بمفرده وإذا كان الأمر كذلك فعلى الأسرة معاونته لأداء هذه الأنشطة الصعبة .

سمات شخصية المعاق:

إن الاختلاف بين الشخصية السوية وغير السوية هو اختلاف في الدرجة وليس النوع ، كذلك فإن الاختلاف بين شخصية غير المعاق وشخصية المعاق هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع ، ويمكن تحديد بعض السمات أو الصفات العامة التي تتصف بها شخصية المعاق في الآتي:

١- شخصية المعاق غالباً إما منطوية أو عدوانية، وذلك قبل القيام بعمليات التأهيل الطبي والاجتماعي والنفسي والتعليمي والمهني.

٢- ضعف الشعور بالانتماء للمجتمع من منطلق انتماء المعاق إلى مجتمع المعاقين كمجتمع نوعي وكجماعة أقلية هامشية.

٣- يعاني المعاق غالباً من إحباط وكبت نتيجة الصعوبات التي يواجهها في حياته والقيود التي تفرضها الإعاقة عليه.

٤- يعاني المعاق في كثير من الأحيان من ضعف الثقة في النفس وأنه غير قادر على تحقيق ما يستطيع الآخرون من غير المعاقين تحقيق.

٥- قد يؤدي ضعف الثقة في النفس إلى شعور المعاق بالتبعية للآخرين والاعتماد عليهم وخاصة الأسرة.

٦- نظراً إلى الاتجاهات والسلوكيات لدى كثير من الناس نحو المعاقين وقضاياهم فإننا نجد أن معظم المعاقين لديهم شعوراً بالشك نحو الآخرين نتيجة لهذه الاتجاهات والسلوكيات.

تاهيل أسر ذوى الاحتياجات الخاصة

تعد الأسرة أولى المؤسسات الاجتماعية للطفل ذوى الاحتياجات الخاصة ، حيث توفر له الرعاية الأسرية المتمثلة في الكيان الأسري ، والعلاقات الأسرية المتوافقة ، والأدوار الاجتماعية السليمة بين أفرادها التى لها آثار بالغة الأهمية للحياة النفسية المتبادلة بين الآباء والأبناء وخاصة في مرحلة الطفولة وهي مرحلة البناء النفسي واكتشاف الحالة ، إن اكتشاف الحالة يعد البداية لسلسلة طويلة من الضغوط والجهود والمحاولات والسعي الحثيث لتوفير أفضل فرص ممكنة للطفل ، إلا أن المعلومات عن الإعاقة وطرق المساعدة قليلة جداً ، إضافة لذلك فإن الأهل عند اكتشاف الحالة يكونون في حالة صدمة وغير قادرين على التفكير السليم ، لذا فإنهم بحاجة لمن يدلهم على الطرق التي يمكنهم استخدامها لمساعدة ابنهم وعدم الاعتماد على جهودهم الفردية في البحث، ومن هنا تكمن ضرورة التوجيه و الإرشاد في أنه يدل الأسرة على الخيارات الطبية والعلاجية والتربوية والاجتماعية المتوفرة ، ويدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة وإيفائهم كافة

الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة ، ومن هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم وتمكنهم من العيش باستقلالية ، وتوفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة لهم ، ولا يقتصر دور التوجيه و الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة فقط بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء في مساعدة أخيهم وتقبل حالته. وفي سبيل ذلك يقوم التوجيه و الإرشاد بتوضيح كيفية التعامل مع احتياجات الأخوة والأخوات والمشاكل التي يواجهونها، هذا ويمكننا المراحل النفسية التي تمر بها الأسرة وعرض احتياجاتها والمواقف التي تواجهها ووطبيعة التوجيه و الإرشاد اللازم لها، لتتمكن من تجاوز هذه المشاكل.

الأسرة والطفل ذوى الاحتياجات الخاصة

إن ولادة طفل معاق للأسرة يؤثر على أفرادها جميعاً ، ولكن الوالدين هما الطرف الأكثر تأثراً كونهما يمران بجملة من الضغوط النفسية والانفعالية وتقع على كاهلهم الأعباء المادية التي تترتب على هذه الإعاقة ، إضافة إلى رحلتهما الطويلة بين البرامج التربوية والعلاجية التي ينصح بها الاخصائيين، مما قد ينعكس على العلاقة بين الوالدين ودور كل منهما فيها ، ويؤثر بالتالي على مستوى تفاعل الأسرة وتكيفها مع المحيط الاجتماعي

ومن الملاحظ أن ردود فعل الأسرة نحو طفلها المعاق تبدأ من فترة الحمل وقبل خروج الطفل إلى النور، حيث تسيطر على الأم المخاوف والشكوك بمجرد إخبارها أن ابنها التي تحمل به معاقاً، فتتحسب لمواجهة مشكلات أثناء الولادة ، وتتخوف فيما إذا ستكون الولادة طبيعية أم لا، وتزداد مخاوف الأم إذا كانت قد تعرضت لخبرات سابقة، وبشكل عام تمر ردود فعل الأسرة تجاه طفلها المعاق بعدة مراحل أهمها :

- صدمة الوالدين من جراء وجود طفل معاق في الأسرة حيث الإرباك والقلق ، والتعبير عن الصدمة بعبارات عدم التصديق وعدم معرفة كيفية التصرف في مثل هذا الموقف.

- نكران وجود إعاقة عند ابنهم حيث يخفون الأمر لخلل في عملية التشخيص ويبحثون خلال هذه الفترة عن مصادر أخرى تثلج صدورهم وتنفي لهم حقيقة أن ابنهم معاق، وفي هذه المرحلة ينظر الأهل لأنماط السلوك الايجابية عند الطفل ويبالغون في تقييمها، ويتجاهلون أنماط السلوك السلبية كنوع من الهروب من حقيقة إعاقة ابنهم .

- شعور الزوجين بالذنب تجاه طفلهما لأنهما لم يتخذا الإجراءات الوقائية اللازمة لمنع حدوث الإعاقة ، وقد يلوم كل طرف الآخر ويحمله مسؤولية التسبب في هذه الإعاقة .

- الغضب وإسقاط اللوم على الأطباء أو على الأجهزة الطبية المستخدمة أو الأدوية الخاطئة التي وصفها الطبيب والتي تسببت بالإعاقة .

- المبالغة في تبني الآمال والآمال غير القابلة للتحقيق وتجريب علاجات ليس لها أى أساس علمي .

- العزلة عن المحيط الاجتماعي وعدم الرغبة في التفاعل معه من أجل تجنب أسئلة الآخرين المحرجة ، وكتمان وجود طفل معاق في الأسرة أحياناً .

- تقبل الطفل المعاق واعتراف الأهل بالحقيقة ، والتعامل مع الموضوع بلا خجل والإقبال على البرامج التربوية والعلاجية والمشاركة فيها ، إلا أن هذه المرحلة قد تتأخر للأسف عند بعض الأسر، ما يؤخر ويقلل من استفادة الطفل المعاق من البرامج التربوية والعلاجية في وقت مبكر من حياته .

ولا شك أن هذه المراحل تترك آثارها السلبية بعيدة المدى على الزوجين قد تصل إلى التوتر المزمن في العلاقة بينهما ، مما يؤثر على قدرتهما في مواجهة التحديات القادمة ، ويزداد تأثير الضغوط التي يفرضها وجود المعاق على الأسرة مع تقدمه في العمر ومع زيادة متطلباته الحياتية ، واقترابه من سن الزواج وبحثه عن فرصة عمل

ملائمة، وقد تتخبط الأسرة في كيفية التعامل مع هذا الطفل خاصة عندما تواجهه مشكلات سلوكية لم تمر عليهما من قبل كالنشاط الزائد والعدوان وإتلاف الممتلكات ، وقد يتبعون أساليب متذبذبة في المعاملة تتراوح بين الحماية الزائدة التي تقيد حركة الطفل ، وبين القسوة التي تفاقم من حدة هذه المشكلات ، وفي بعض الحالات لا يتحمل الأب عبء الضغوط النفسية والاقتصادية على كاهله فيلجأ إلى الهروب من البيت، أو الانفصال عن زوجته .

ومن أجل مواجهة هذه الضغوط والتخفيف من حدتها قبل تفاقمها يمكن للأسرة أن تسترشد بالنقاط التالية :

- تقبل النتائج التي صدرت عن مختص مؤهل في هذا الجانب ، واتباع إرشاداته ، من أجل المسارعة في تقديم البرامج التربوية والعلاجية للطفل في الوقت المناسب ، والتفكير في إيجاد حلول عملية للمشكلة بدلاً من لوم الذات أو الآخرين.

- عدم الخجل من وجود طفل معاق في الأسرة لأن ذلك قضاء وقدر من الله سبحانه وتعالى ويجب أن نقبل به ، وإن كتمان هذا الأمر سيدخل الأسرة في عزلة عن محيطها الاجتماعي ، وسيفوّت عليها الاستفادة من الكثير من الفرص التي يحتاجها أفرادها للتعايش والتواصل السليم الذي تفرضه علينا طبيعتنا البشرية، حيث أثبتت الخبرة العملية أن فترة الكتمان لن تطول مهما حاولت الأسرة ذلك .

- ترتيب مسئوليات رعاية وتربية الطفل المعاق بين الوالدين والأخوة، وعدم إلقاء الحمل على الأم وحدها ، حيث أن المعاق بحاجة لمشاركة كل أفراد الأسرة صغاراً وكباراً في البرامج المقدمة له ليشعر بالدمج الكامل

- ضرورة تواصل الأسرة مع المؤسسة التي تقدم خدماتها لذوي الاحتياجات الخاصة، والانضمام إلى مجموعات الدعم الذاتي ، والتعرف على تجارب الآخرين والاستفادة منها ، والحصول على المساندة النفسية والاجتماعية من الأسر الأخرى .

- الإيمان بقدرات الشخص المعاق وتقبله كما هو ، والأمل بإمكانية تطور قدراته على أن تبقى التوقعات ضمن حدود الواقع وليست خارقة للعادة ، وعدم اللجوء إلى أي وسائل غير علمية من أجل العلاج .

- استمرار الحصول على المعرفة من أصحابها ومصادرها المتنوعة ، وسعة الاطلاع حول المستجدات العلمية ذات العلاقة بحالة الطفل.

وكذلك على الأسرة الحرص على الأتي:

- التحدث بصراحة عن مشاعرهم الأبوية نحو ابنهم المعاق وإمكاناته وإعاقته وما يمكنه عمله وما لا يمكنه أداءه كيف يقف المتعاملون معه على قدراته الحقيقية .

- معاملة ابنهم المعاق كما يحبون أن يعامله أفراد المجتمع حيث إن طريقة وأسلوب معاملة الأسرة له هي التي تحدد أسلوب تعامل الآخرين معه .

- تشجيع الابن المعاق على عرض مواهبه وقدراته) الموسيقية – الفنية – الرياضية – اليدوية ...إلخ (على الآخرين مما يساهم في تنمية ثقته بنفسه ويعدل من اتجاهات الآخرين نحوه .

الضغوط على والدي الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة

تعبر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معوق أو ما يتسم به من خصائص سلبية ، لدى الوالدين فيثير لديهما ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهما للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، بالإضافة إلي ما قد يعانونه من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال .

فالضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها ، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط .

وهناك نماذج للضغوط التي يتعرض لها والدي الطفل المعوق، ويكون لها تأثير على حياتهما، وتؤدي إلى تفاقم حدة التوترات داخل نطاق الأسرة، كما قد تؤدى إلى سوء التوافق ومن أهم هذه الضغوط ما يلي:

أ) الضغوط المالية:

يكلف الطفل المعوق الوالدين الكثير، فالعناية الطبية والعمليات الجراحية، والأدوات الخاصة، بالإضافة إلى الرعاية اليومية، والمواصلات والملابس، وكل ذلك يعمل على استنزاف موارد الأسرة المالية، وتشكل عبئاً مالياً عليهم، ولصعوبة توفير الضمانات المالية والمادية فإن ذلك لا يسهل تعايش الوالدين وتكيفهما، وبالتالي فهم أكثر تعرضاً للمشكلات الاقتصادية كلما بذلا جهداً لسداد تكلفة الخدمات اللازمة.

وهكذا تكون الزيادة في تكاليف العناية بالطفل المعوق وتوفير احتياجاته المالية، ومتطلباتها ، سبباً لحدوث ضغط إضافي ومضاعف عليهما ، ليس هذا فحسب، بل أن ضغوط العجز المالي تؤثر على تقدير الآباء لذواتهم و على حالتهم المزاجية كما تؤثر في النظرة التي ينظرون بها إلى أنفسهم كمسئولين عن توفير للحماية و الدعم لأطفالهم .

ب) الضغوط الاجتماعية:

من بين أهم الضغوط التي يعاني منها آباء الأطفال المعوقين الشعور المرير بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية نتيجة التباعد الملحوظ بين مستوى أداء الطفل المعوق وأداء أقرانه العاديين ، إضافة إلى الانطباعات السلبية عن حالته لدى الأصدقاء والمعارف، مما يدفع بالوالدين إلى تجنيب الطفل هذه المواقف والمناسبات فيزداد شعورهم بالوحدة والعزلة والإحباط ، و هناك بعض المواقف الاجتماعية التي ينتج عنها ضغوط نفسية شديدة على الوالدين أكثر من غيرهما ومنها:

١. المناسبات الإجتماعية الرسمية حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال العاديين.

٢. الدعوة إلى بيوت الآخرين،حيث يكون توجيه سلوك الطفل فضلاً عن السيطرة عليه صعباً.

٣. الأماكن العامة حيث يكون التحكم في السلوك مشكلة.

٤. الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة، ولا للوالدين بالانسحاب من المواقف.

٥. المواقف الاجتماعية حين يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين .

وهكذا يترتب على ما سبق، عزلة الأسرة كنتيجة لما تكون قد واجهته في موقفها التطوري من استجابات الآخرين نحوها ومن ثم نجد والدي الطفل قد لا يشاركان في الأنشطة الاجتماعية، وقد لا يصطحبا طفلهما إلى الأماكن العامة في أغلب الأحيان ، وأكثر من ذلك، فإن والدي الطفل المعوق قد لا توجه إليهما الدعوة إلى زيارة الآخرين، كما أنهما نادراً ما يدعوان الآخرين لزيارتهما.

ج) ضغوط الدور الوظيفي للوالدين:

إن من عوامل إثارة الضغوط التي تواجه الزوجين، ما ينشأ من تعارض أو صراع بين الأدوار الأسرية والأدوار التي تفرضها الحياة الخارجية المختلفة ، فقد ينشأ مثلاً نوع من التنافر بين دور الشخص كزوج أو أب ، والأدوار التي تفرضها المهنة التي يقوم بها ، أو بين دور الزوجة أو الأم والأدوار التي تفرضها الاتجاهات الخارجية سواء ما يتصل منها بالعمل أو النشاط الاجتماعي ، وإذا كان الأمر على هذا النحو بين الزوجين اللذين يعيشان حياة طبيعية ، فما بالنا بما يمكن أن يفرضه الطفل المعوق من احتياجات ورعاية من نوع خاص ومتابعة طبية وبرامج تعليمية مختلفة و إعداد مهني متخصص.

إن أحد مصادر الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية لدى الأمهات هو صراع الأدوار الذي يتطلب منهن مسئوليات ويفرض عليهن واجبات وأعباء بسبب وجود الابن المعوق يضاف إلى ذلك

محاولة التوفيق بين مقتضيات دورها كزوجة وربة منزل وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وعلاقة الأبناء وما يصاحب ذلك من مشاعر القلق من عدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها.

كما يعد من أهم الأحداث الضاغطة التي تؤثر على الأمهات وتجعلهن يشعرن بالتوتر والإحباط هو اضطرار البعض إلى ترك عملهن بسبب ما تفرضه إعاقة طفلهن من الحاجة إلى مزيد من الوقت لرعايته، حيث تشعر الأمهات العاملات بصعوبة الجمع بين العمل ورعاية ذلك الطفل بسبب الاحتياجات المتزايدة له .

د) الضغوط الانفعالية:

إن وجود طفل معوق في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية ويصبح بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الأداء، ولوم الذات ولوم الآخرين ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات وتعطيل للإرادة.. فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة.

وذهب البعض إلى أن ما تتعرض له بعض أمهات الأطفال المعوقين من سوء التوافق قد يرجع إلى ارتفاع مستوى الضغط النفسي الناتج عن إعاقة أحد الأبناء ، يتضح ذلك من خلال ما يلاحظ من

تعرض هؤلاء الأمهات إلى الكثير من الأمراض التي تجعلهن يترددن على الأطباء وكذلك شعورهن المتزايد بالإرهاق نتيجة عدم أخذهن قسطاً من الراحة.

هـ) الضغوط المعرفية (نقص المعلومات):

يعقب تشخيص الطفل المعوق زيادة في الضغط الذي يتحمله الآباء مما قد يؤدي إلى طرح أسئلة كثيرة عن الأبعاد الحقيقية وشدة إعاقة الطفل، وتختلف طبيعة تلك الأسئلة التي يطرحها الآباء وفقاً للمتغيرات التي لها تأثير على الأسرة، ودرجة الإعاقة ومستوى إدراك الآباء وفهمهم لظروف طفلهم وقدرتهم على التغلب على الأعباء غير المتوقعة والمستمرة.

وتعد قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل وأسبابها وكيفية التعامل معها ، والتفكير المستمر في مآلها – أي إلى ما سوف تنتهي إليه حالة الطفل، والبحث عن حلول لها و من بين أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء وأسر الأطفال المعوقين، هذا إلى جانب عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة، وبرامج الرعاية العلاجية والتعليمية والتدريبية التأهيلية المتوفرة.

العمل الفريقى كاحد ركائز العملية التاهيلية

مفهوم العمل الفريقى

جماعة من الأفراد يؤثر كل منهم فى الأخر بالخبرة والمهارة التى يمتلكها فى إتخاذ القرارات ومع تعاونهم يمكن تحقيق الأغراض العامة ، كما يعنى مجموعة من الأفراد الذين يعملون معا لتحقيق أهداف معينة بطريقة أفضل مما لو أدى كل منهم عمله بمفرده ، ويساعد العمل الفريقى فى أن كل عضو فى الفريق يدلى بخبرته وتخصصه ويسهم بفكره مما يحقق تكاملا فى مواجهة القضايا المطروحة أمام فريق العمل ونخلص من ذلك إلى أنه يمكن تعريف العمل الفريقى بأنه "عدد من الأعضاء كل منهم لديه المعرفة والمهارات ويسهمون كخبراء كل على حده لتحقيق غرض دقيق ومحدد".

كيفية تكوين فريق العمل

١. المرحلة الأولى : العمل السابق

- توضيح إحتياجات العمل.
- تحديد إذا كان العمل الفريقى ضرورى لأداء المهة.
- توضيح أهداف الفريق.

٢. المرحلة الثانية : الإعداد للإنجاز

- الإمداد بكل الإحتياجات من الخامات والتجهيزات لأداء العمل.
- التأكد أن الفريق يتكون من كل الأشـــخاص الـضروريين لأداء العمل.

٣. المرحلة الثالثة : تشكيل وبناء الفريق

- تثبيت وتحديد من بالفريق ومن ليس بالفريق.
- الوصول إلى أسلوب لشكل الرقابة المقبولة لأداء المهمة.
- توضيح الدور المتوقع لكل عضو بالفريق.

٤. المرحلة الرابعة : تقديم المساعدة المتطورة

- التدخل لإزالة مشاكل الفريق
- أستكمال مصادر الخامات
- استبدال الأعضاء الذين يتركون الفريق

محددات العمل الفريقى

١. توزيع الطائف الرئيسية بالمؤسسة او الهيئة .

٢. تحديد الإختصاصات أو الوظائف كمياً وكيفياً فى وحدات .

٣. تدعيم الوحدات وتزويدها بالمتخصصين والمهنين .

٤. إحترام كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته .

٥. إدراك كل عضو من الفريق لكيفية الأستفادة من الأعضاء الأخرين.

٦. إتاحة الفرصة لكل عضو لأبداء رأيه وتوضيح دوره .

٧. أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم .

٨. إحتفاظ كل مهنى بأسس ممارسته لمهنته الأصلية مع الأعتـراف بحقه فى هذه الممارسة أو التخطيط لحل المشكلة التى تخصه أكثر من غيره من أعضاء الفريق .

٩. تقبل كل عضو لأهداف الفريق التى سيعمل كل أعـضاء الفريـق للوصول إليها بمعنى معرفة لماذا يعمل الفريـق بالأضـافة إلـى معرفة كيف يعمل .

١٠. إستفادة كل عضو من أعضاء الفريق بخبرات ومهارات العـضو الأخر .

١١. لكل عضو من أعضاء الفريق تأثير فى القرارات المتصلة بالعمل الفريقى .

١٢. يساهم كل عضو من أعضاء الفريق فى وضع الخطة الملائمة للعمل الفريقى.

١٣. يشارك كل عضو من أعضاء الفريق فى تنفيذ الخطة الموضوعة .

مقومات نجاح العمل الفريقى

١. الإعدادالمهنى ،أى عمليات الإعداد العلمى والأكاديمى لكل مهنى بالفريق .

٢. المقومات الشخصية ، وتتمثل فى الخصائص والسمات الشخصية التى ترتبط بنوع العمل الذى يعمل به الفرد .

٣. طبيعة وديناميات العمل ، أى خصائص العمل وروح الفريق .

٤. تنوع أعضاء الفريق وصغر حجم الفريق بقدر الإمكان .

٥. إختيار أعضاء الفريق المناسبين .

٦. تدريب أعضاء الفريق ليحصلوا على المهارات التكتيكية المطلوبة لأداء الأعمال .

٧. وضوح الأهداف وتأكيد الإلحاح على مهمة الفريق .

٨. إستخدام القياسات الملائمة للنجاح .

٩. تشجيع المشاركة ومراعاة حيوية الفريق والدعم الاجتماعي .

مهارات أعضاء العمل الفريقي

- مهارات الحضور

يعني الحضور المحافظة على اليقظة والأنتباه والأستجابة لكل ما يقال وكذلك الأنتباه لكل التعبيرات اللفظية وغير اللفظية ، كما تتـضمن مهارات الحضور مهارة الإنصات والاستماع وأختيار أسلوب الحـديث وطريقة الجلوس وأيضاً أختيار نبرة الصوت المناسبة، وتتطلب مهارات الحضور لأستخدامها بشكل جيد الأعتماد على أسلوب الملاحظة.

- المهارات التعبيرية

وهي مجموعة المهارات التي تستخدم بغـرض التعبيـر عـن الأراء والأفكار والمشاعر والخبرات ،ويتطلب ذلك من عـضو فريـق العمل الجماعي القدرة على زرع الثقة والأطمئنان فـي نفـوس بـاقي أعضاء الفريق .

- **مهارات الأستجابة**

وهى مجموعة المهارات التى تستخدم لمساعدة أعضاء الفريــق على إنجاز الأعمال والأنشطة المطلوبة منهم فقد يعمد الفريق التــأهيلى إلى وصف أو توضيح أو تلخيص حديث أحــد الأعــضاء بــالفريق ، أو يطلب من أحد الأعضاء بالفريق الإسهاب والتفــصيل فــى شــرح ووصف جانب معين من المهمه التأهيلية ، والأستجابة قد تكون إيجابية أوسلبية كاعدم الأهتمام أوالمعارضة .

- **مهارات التركيز**

تتمثل مهارات التركيز فى حميع المهارات التى تستخدم لمساعدة الفريق التأهيلى على التركيز فى موضوع أو مهمة محددة ، وذلك مــن خلال التذكير بأهداف الفريق والمهمة التى من أجلها تكــون الفريــق ، وأيضاً الحد من التعليقات غير المناســبة ، وتــشجيع أحــد الأعــضاء للحديث، وهذه المهارة تساعد على إتاحة الفرصة لمناقــشة الموضـــوع أو المهمة من جميع جوانبها ، وأيضاً سهولة تحديد الجوانب التى تحتاج إلى تدخل ، وكذلك أيضا تساعد هذه المهارة على سرعة إنجاز العمل.

• مهارات تشجيع أعضاء الفريق على المشاركة

من المفترض أن يشارك جميع أعضاء الفريق التأهيلى فى كل ما يحدث، وقد يواجه بعض أعضاء الفريق بعض الصعوبات التى تمنعهم من المشاركة وخاصة فى الجلسات الأولى لأجتماعات الفريق ، ويتطلب ذلك مهارة فى التعامل مع مشاعر المقاومة للمشاركة كما يتطلب مهارة فى توجيه الأسئلة لأعضاء الفريق ذوى المشاركة المحدودة، كما يتطلب أيضاً إيجاد الجو الملائم الذى يساعد على المشاركة.

• مهارات التحليل والتفسير

حيث يقوم الفريق التأهيلى بتحليل وتركيب المعلومات لتحديد الموقف وإمكانية التعامل معه ووضع الأجراءات والأنشطة الازمة للتدخل .

عوامل نجاح الأخصائى الاجتماعى كعضو فى الفريق التاهيلى ذوى الاحتياجات الخاصة

• أهمية إعداده مهنياً للقيام بالتعامل مع الأطفال المعوقين وتقديم الخدمات المباشرة كعضو فى فريق يهتم بالأبعاد النفسية والاجتماعية كجزء مكمل للرعاية التأهيلية .

- أن يكون على دراية بالمشكلات التى يتعامل معها والأنشطة المتصلة بها وأن تكون لديه المهارة فى الأتصال الفعال بالفريق والتنسيق بين مجهودات العمل الفريقى وتحقيق التعاون بين مكوناته .

- المقومات الشخصية للأخصائى الاجتماعى واستعداده للعمل فى هذا المجال من الجوانب الهامة فى العمل لأن دوره وموقعه في العمل الفريقى يدعم قدرته على المشاركة داخل النسق كقوة لتحقيق أهداف المنظمة .

برامج إكساب مهارات الحياة اليومية

تعد برامج إكساب مهارات الحياة اليومية أحد أشكال البرامج التأهيلية ، حيث تعتبر مهارات الحياة اليومية هي المهارات العملية التي تمكن الطفل أو البالغ عقليا من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً وقادرا على التعامل مع تحديات الحياة اليومية ، وتشمل هذه المهارات أموراً أساسية كتناول الطعام وارتداء الثياب واستعمال المرحاض والإستحمام، ومهارات أكثر تقدما مثل التسوق والإنتقال بوسائل النقل العام والمشاركة في أنشطة إجتماعية والقيام بأعمال مفيدة في البيت وحسن التصرف في حالات الطوارئ، والأنشطلة المهنية.

في الأ وضاع المثالية يجب على الأسرة أن يتعاون مع المعلم في كل برامج تعليم مهارات الحياة اليومية ، مستخدمين في البيت الطرق المستخدمة في المدرسة نفسها، مما يساعد الجميع :

١) المعلم: يعرف أن أهدافه ملائمة للحياة التي يعيشها هذا الطفل وسط عائلته، وأن أفراد العائلة لا يعملون في إتجاه مغاير فيشوشون على عمله .

٢) يفهم بسهولة أكبر ما يريده الكبار عندما يسعى الكبار كلهم إلى تحقيق الهدف نفسه ويساعدونه على الإنجاز نفسه.

٣) الأهل: يحظون بشرف استشارتهم بشأن طفلهم واحترام المعلم لخبرتهم ، وفي الوقت نفسه يتعلم الأهل بعض طرق التعليم التي قد تكون جديدة عليهم ، والتي يمكنهم استخدامها في حالات أخرى مع طفلهم ويفهمون ولدهم أكثر، وقد يتعلم المعلم أيضاً طرقاً جديدة من الأهل أنفسهم.

ولكن المثالي لا يتحقق دوماً عند التطبيق ، فأحياناً لا يجد الأهل لديهم وقتا كافياً، خصوصا إذا كانت العائلة كثيرة الأطفال، وقد لا يجد بعض الأهل لديهم الدافع لتعليم طفلهم مهارات الحياة اليومية ، فقد يهتم الأهل بتعليم طفلهم الكلام أكثر من اهتمامهم بأن يأكل بنفسه ،

وقد لا يصدق آخرون أن بإمكان طفلهم أن يتعلم أي مهارة كانت بعد أن انتظروا سنوات لكي ينميها الطفل تلقائياً ، أو بعد أن كانوا قد حـــاولوا طويلاً معه على القيام بها بلا جدوى ولا نجاح.

في مثل هذه الحال يصبح على المعلم أن يبدأ العمل في المدرسة من دون مساعدة البيت ، وبعد أن يتعلم ذوى الاحتياجات الخاصة بعض مهارات الحياة اليومية الجديدة ويبدأ ممارستها في البيت فقد يصبح أفراد العائلة أكثر استعداداً للمشاركة في النهج نفسه في المـــستقبل، ويجــب إعلام الأهل أولاً بالمهارات التي يتعلمهـــا طفلهـــم وبطـــرق التعلـــيم المستخدمة في ذلك ، ويجب أخذ رغبات الأهل في الإعتبار عند تقرير المهارات التي سيتم تعليمها أولاً. وإذا كان الأهـــل يعطـــون الأولويـــة لمهارات ليس الطفل جاهزاً لتعلمها بعد ، فعلى المعلم أن يوضح ســـبب ذلك بعناية تامة.

نموذج لمحتوى منهاج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (التوحديون)

يتضمن محتوى منهاج التوحديون عددا من المهارات أو الأبعـــاد – والمتمثلة في المادة التعليمية – وهي :

- **المهارات الاستقلالية :**

– مهارات الحياة اليومية .

– المهارات الذاتية .

- المهارات الحركية :
  - المهارات الحركية العامة.
  - المهارات الحركية الدقيقة .
- المهارات اللغوية :
  - مهارات اللغة الاستقبالية.
  - مهارات اللغة التعبيرية.
- المهارات الأكاديمية :
  - مهارات القراءة .
  - مهارات الكتابة .
  - مهارات الرياضيات .
  - مهارات المفاهيم .
- المهارات المهنية .
- المهارات الاجتماعية.
- مهارات السلامة .
- المهارات الاقتصادية .

استراتيجيات بناء برنامج تاهيلى

تتطلب عملية بناء بناء برنامج تأهيلى عددا من الاستراتيجيات يستحسن مراعاتها من قبل المعنيين وهناك نماذج مختلفة لعملية بناء استراتيجيات التأهيل يتكون من النقاط التالية :

١. السلوك المراد تعديله للمعاقين.

٢. قياس مستوى الأداء الحالي .

٣. إعداد الخطة التربوية الفردية .

٤. إعداد الخطة التعليمية الفردية .

٥. تقويم الأداء النهائي .

٦. إجراءات قياس وتقييم الأهداف التأهيلية

تتمثل إجراءات القياس والتقويم للأبعاد التي يتضمنها المنهج في النقاط التالية :

١. تحديد البعد المراد قيامه .

٢. تحديد الأهداف التأهيلية المراد قياسها في ذلك البعد.

٣. تحديد المواد اللازمة لقياس الهدف التأهيلى.

٤. تحديد إجراء القياس للهدف التأهيلى كما هو وارد في أسلوب القياس.

٥. تقويم أداء الطفل الحالي عن كل هدف تأهيلى .

خدمات وبرامج رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة

إن مجمل الاحتياجات السابقة يتم مقابلتها من خلال مجموعة من الخدمات والبرامج التى لا تخرج عن كونها :

١. خدمات وقائية :

فالجانب الوقائى لا ينبغى اغفاله ، إذ لا يمكن أن يكون للخدمات المبذولة فى هذا الميدان طابع ايجابى دون أن تمتد أثاره إلى مصـــادر المشكلة وجوانبها المختلفة بغية الحد من تفاقها.

٢. خدمات الحصر والتسجيل :

فالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة وتحويلها فى الوقت المناسب للجهات الطبية المتخصصة لذو أهمية بالغة فى نجاح عملية العلاج من جانب والتأهيل من جانب آخر ، ويتوقف اكتشاف الحالات على تنظـيم عمليات الحصر والتسجيل وتنسيق وتكامل جهود الخبراء والمتخصصين فى هذا المجال ، مما يساعد على تحديد حجم مشكلة المعوقين من جانب والتخطيط لمواجهتها من جانب آخر .

٣. خدمات طبية :

ويقصد بها الإشراف الصحى العام على المعوقين سواء من ناحية علاج العاهة أو أى أمراض أخرى ويجب أن يكون الاشراف الطبى مستمراً ومتوافراً مع الاهتمام بالعلاج الطبيعى وخاصة فى حالات الاعاقة الجسمية وتوفير الأجهزة التعويضية اللازمة.

٤. خدمات نفسية :

لا شك أن الإعاقة ذات تأثير شديد فى اضطراب الاتزان الانفعالى للشخص ، ونادراً ما ينجح المعوق بنفسه فى إعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الامكانيات الباقية لديه وتقبل وضعه الجديد وعلى الأخصائى الاجتماعى النفسى التعرف على مدى تأثير الإعاقة على شخصية المعوق وسلوكه ومستوى ذكائه واستعداداته العقلية واستعداده للتعاون والاستفادة من برامج الرعاية وتحديد عما إذا كانت الإعاقة ناتجة عن إصابة عضوية أم أنها انحراف وظيفى أو سلوكى فقط .

٥. خدمات اجتماعية :

تبدأ هذه الخدمات بدراسة الإخصائى الاجتماعى للحالة أى يتعرف على كل ما يحيط بالمعوق من ظروف بيئية ودراسية ومهنية وكيفية الاصابة ، ومساعدة المعوق فى التكيف مع ظروف المؤسسة التى ترعاه ، وتزويده بالعادات الاجتماعية والخلقية السليمة ودعم

سلوكه الاجتماعى من خلال برامج الترويح المختلفة . كذلك الاهتمام بدراسة علاقات المعوق بالمجتمع الخارجى، واستجاباته نحو الأصدقاء، وزملاء العمل ، وأثر عوامل البيئة الخارجية فى سلوكه .

٦. خدمات تعليمية :

يحتاج المعوق إلى فصول أو مؤسسات تعليمية خاصة ، ومدرسين متخصصين فى تعليم المعوق وفقاً لنوع الاعاقة ، ومفاهيم وبرامج دراسية تتفق وامكانيات كل معوق .

٧. خدمات مهنية :

وهو ما يسمى بالتأهيل المهنى ، والواقع أن التأهيل كلمة مألوفة للأطباء والأخصائيين فى العلاج الطبيعى والأخصائيين الاجتماعيين وعلى الرغم من أن الجميع يتفقون على الهدف الأساسى له إلا أنهم يختلفون فيما بينهم فى تعريفه ولقد ظهر رأيان فى هذا الصدد . الأول يعتقد بأن هناك فرق بين التأهيل والعلاج بسبب اختلاف كل منهم وإن كان كل منهم مكمل للآخر . والثانى يرى أن التأهيل والعلاج أجزاء فى عملية واحدة . وعلى كل فإن التأهيل برنامج يهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم لحالته فى حدود ما تبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية ، أى أن التأهيل هو عملية لإعادة البناء وتجديد وتكييف لوضع جديد .

٨. خدمات تشريعية :

تسن كافة الدول تشريعات تنظم خدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين مثل حقهم فى الضمان الاجتماعى والتشغيل هذا بخلاف امتيازات اخرى مثل أعفاء مصانع المعوقين من ضريبة الأرباح التجارية والصناعية وغيرها .

وتقدم هذه الخدمات السابق الإشارة إليها من خلال أنشطة وبرامج مؤسسات المجتمع المدنى وتلعب المؤسسات والهيئات التطوعية دوراً ملحوظاً فى تولى القيام بمثل هذه الأنشطة والبرامج ، حيث تشمل وظائف هذه المؤسسات التطوعية ما يلى :

١. جمع الأموال .

٢. بدء المشروعات وتنظيمها .

٣. تحسين رعاية المعوقين (بما فى ذلك ممارسة الضغوط من أجل الاعتراف بأهمية المشكلة وإعطائها المكان المناسب بين سياسات الحكومة وأولوياتها) .

٤. تشجيع وتسهيل تبادل المعلومات .

التدخل المبكر فى إطار الإعاقة

مفهوم التدخل المبكر:

يعني التدخل السريع والعاجل وقبل تفاقم المشكلة لمساعدة الطفل المعاق أسرته ، وهو نظام خدمات تربوي وعلاجي وقائي يقدم للأطفال من عمر صفر ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الاعاقة لأسباب متعددة.

ويرتبط التدخل المبكر باكتشاف الاعاقه بعد حدوثها ويعتمد على الكشف النمائي والاختبارات البيئيه والصحيه والوراثيه والنفسيه وغيرها من العوامل المتعلقة بالأم الحامل والجنين بفترات ما قبل وبعد الحمل والأطفال الذين يعانون من اعاقه محددة او اعاقات متعدده، ويعتبر التدخل المبكر من اهم انظمه دعم الأسر ومرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الاعاقه بعد حدوثها

• أهمية التدخل المبكر:

ان اهمية التدخل المكر في فترة نمو الطفل تعطي فرص كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته لان معدل نمو المخ لا سيما في الاشهر الثلاثه الاولى تكون سريعه وهنا تكمن اهمية التدخل المبكر كما ان التدخل يساعد الاسره على تخطي مجموعه كبيره من المشاكل التي سيتعرضون لها لكون وجود اي طفل معوق في اي عائله يريحها من

المرور او يخفف عنها المراحل المتعدده من الاستنكار والـرفض ثـم الصدمه ثم الاستسلام ثم التكيف والتفاعل مع الامر الواقع.

فالتدخل المبكر في الفتره الحرجه من نمو الطفل انهـا تعطـي فرص كبيره للوقايه من تطور مشكلاته ، من أجل اجراء معالجه فوريه تهدف الى تنمية قدرات المصاب في المجالات الحركيـه والاجتماعيـه واللغوية والرعايه الذاتيه وغير ذلك كما ان برنامج االتـدخل المبكـر يساعد الاهل على تخطي مجموعه من المشاكل النفـسيه والاجتماعيـه التي ستتعرض لها ويرشدها الى ضرورة اجراء الفحوصات المخبريـه ويدعم احساس الاسره بالمسؤوليه اتجاه طفلها

كما أن الخدمات التي تقدمها برامج التـدخل المبكـر تتـضمن عناصر وقائية متنوعه مثل العلاج الوظيفي والعلاج الكلامي والإرشاد الأسري ، والتقييم التربوي والنفسي ، والبـرامج التربويـة الفرديـة ، والإشراف الطبي ...

وهنا نشير الى أهمية التعاون بين الأسـرة والأخـصائيين فـي برامج التدخل المبكر بالنسبة لكل من الطفل والأسرة والمركز ، فبرامج التدخل المبكر تركز أساسا على الأسرة بوصفها وحدة التدخل ، وبذلك إن عملية تربية الطفل المعوق عملية تشاركيه بين المنزل ومؤسـسات رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، ولكن دور المؤسسة يختلف عن دور المنزل ، ولكل من الطرفين دورا يقوم به وعمل كل منهما يتمم عمـل

الآخر ، فالمركز ليس بديلا للأسرة ولا هو أكثر أهمية منها والأسـرة هي المعلم الأول والأهم للطفل

وللتدخل المبكر أهمية خاصة ومبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة ويمكن تلخيص المبررات في الجوانب التالية:

- أكدت جميع نتائج الدراسات والأبحاث أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه وعلية فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية وتحسن في السلوك الاجتماعي والانفعالي .

- إن توفير برامج التدخل المبّكر قد يخفف من الإعاقة أو يمنعها وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة على تقديم خدمات تربوية متخصصة .

- لذا فإن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواءً كانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعيه أو أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل .

- للتدخل المبكر أثر بالغ في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها .إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة وإبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية وإسهامها في تنفيذ تلك البرامج .

- إن التدخل المبكر أولوية وطنية في كثير من دول العالم المتقدمة فقد سنت حكومات تلك الدول تشريعات وقوانين تنص على أهمية اكتشاف مشاكل الأطفال وعلاجها في وقت مبكر

- أن الخدمات التي تقدمها برامج التدخل المبكر تتضمن عناصر وقائية متنوعه مثل العلاج الوظيفي والعلاج الكلامي والإرشاد الأسري ، والتقييم التربوي والنفسي، والبرامج التربوية الفردية، والإشراف الطبي.

اهداف التدخل المبكر :

يهدف الى اجراء معالجه فوريه وقائيه تهدف الى تنمية قدرات الطفل المصاب في المجالات الحركيه، الاجتماعيه، اللغويه، الرعايه الذاتيه، وغيرذلك من الارشادات الطبيه والفحوصات المخبريه اللازمه.

المهارات الحركية

ان النمو الحركي هو القاعدة الاساسيه التي يمكن للطفل بواسطتها اكتساب مجموعه من المهارات فعندما يستطيع الطفل ان يتحكم براسه فان ذلك يساعده على التركيز البصري بالعين بشكل افضل مما يساعد على تنمية مهاراته الادراكيه ومن هنا يفضل ان يتم البدء في اي برنامج تدخل مبكر بالتنمية الحركيه مثل التحكم بالراس- استخدام اليدين-النوم على البطن-الاسناد باليدين-الجلوس بمساعده- الحبو- الوقوف-المشي- نزول الدرج وصعوده الخ.... وبمساعدة القائمه الارتقائيه نتدرج مع الطفل حتى نضمن اكتسابه تدريجيا لجميع المهارات الحركيه المتناسبه مع عمره وامكانياته .

المهارات اللغويه :

ان التاخر الحركي والعقلي يؤخران الطفل من اكتساب المهارات اللغويه مع ان الطفل المراحل التي يمر بها الطفل المتاخر عقليا هي نفس المراحل التي يمربها اي طفل لذا يجب مساعدة الطفل المتاخر على الاتصال لبصري ليتمكن من رؤية الاشياء وروية حركة الشفاه وتشجيعه على اصدار اصوات وتدريبه على مهارات التقليد وربط ما يقوم به بالتوجيه اللفظي .

مساعدة الاسرة :

ان اسرة الطفل المعوق تواجه مجموعه من المشاكل الاجتماعيه والنفسيه لذلك يجب الاستماع بدقه الى اسئلة الاسره والاجابـه عليهـا بشكل واقعي وغير مبالغ به ويجب ايضاح مواقع القوه والضعف ويجب اشراك الاسرهفي الاختبارات وتصاميم البرنامج العلاجيه كما ويستحسن دعوه اسر اخرى لحضور جلساتتدريب لاسر اطفال اخرون.

طرق التدخل المبكر :

- تقديم خدمات برامج التدخل المبكر في مراكز خاصـه مـن سـلبياته اعتمـاد الاسره على خدمات المركز بسبب عدم تواجدها مع الطفل.
- البرنامج المنزلي ومن ايجابياته وجود العائله وتدريبها علـى طـرق التعامل وارشادها الى الاخصائيين وتدعيم احساس الاسره بالمسؤوليه اتجاه الطفل اضافه الى تقديم الخدمات في الجـو الاعتيـادي ومـن سلبياتها عدم توفر الالعاب والتجهيزات الضروريه .

دور الأسرة فى برامج التدخل المبكر

فبرامج التدخل المبكر تركز أساسا على الأسرة بوصفها وحـدة التدخل ، وبذلك فمراكز التدخل المبكر تختلف عـن ريـاض الاطفـال والمدارس العادية والتي ترى في الطفل وحدة للتدخل وإن كانت لا تغفل أهمية دور الأسرة، وبـالرغم مـن ذلـك نجـد أن أوليـاء الأمـور

والأخصائيين على حد سواء قد يتبنون اتجاهات ويحملون توقعات تحول دون وضع هذا المبدأ موضع التنفيذ ، فأولياء الأمور قد ينظرون إلى أنفسهم على أنهم عديموا الحيلة بالنسبة لتربية طفلهم المعوق وإن الأخصائيين وحدهم يعرفون الطرق الصحيحه والأساليب المناسبة.

وقد يعتقد الأخصائيون أن الأسرة غير قادرة على استيعاب المعاني الحقيقية للإعاقة ، بل ثمة من يظن أن الأسرة غالبا ما تكون مسؤولة عن مشكلات طفلها بسبب عدم معرفتها بمبادئ التربية والتدريب.

وبالمثل فإن على الأسرة أن تدرس أنها تؤثر بشكل حاسم على نمو طفلها وإن مسئولية تربيته لا تقع على عاتق الأخصائيين فقط . كذلك فإن على الأسرة أن تعي أن بمقدورها التغلب على الصعوبات الناجمه عن إعاقة الطفل وتأثيرها على النمو والإجراءات التصحيحية والتعويضية الممكنة للحد من تلك التأثيرات .

إضافة إلى ما سبق ، ينبغي على أخصائي التدخل المبكر تفهم الحاجات الحقيقية للأسرة على مستوى فردي ، واستخدام اللغة التي تستطيع الأسرة فهمها دون التخلي عن الدقة العلمية والتقييم الموضوعي، والإصغاء باهتمام ، واحترام آراء أولياء الأمور والنظر الى مشكلات الطفل بعيونهم هم ، وعدم تحويلهم من أخصائي الى آخر دون أن يكون للتحويل مبررات حقيقية .

كما وينبغي على أولياء الأمور أن يثقوا بالأخصائيين القائمين على رعاية أطفالهم ، وإدراك حقيقة الإعاقة وأنها ليست حالة قابلة للشفاء فهي ليست مرضا بالمفهوم التقليدي ، وعليهم أن يثقوا بأنفسهم وبقدراتهم على التأثير إيجابيا على نمو طفلهم .

وأيضا فإن على الأخصائيين وأولياء الأمور أن يثقوا بقدرة الطفل على التعلم وبقابليته للتغيير إذا استخدمت الأساليب والوسائل المناسبة والفاعلة في تربيته وتدريبه .

واجبات الخدمة الاجتماعية فى إطار رعاية وتاهيل ذوى الاحتياجات الخاصة

يمكننا أن نخلص من العرض السابق لبرامج وخدمات رعاية المعوقين فى الممارسة المصرية إلى تحديد مسئوليات الخدمةالاجتماعية مع هذه الفئة من المواطنين من خلال طرقها المختلفة على النحو التالى:

١. معاونة الفريق المعالج فى دراسة الجوانب النفسية والاجتماعية التى لها علاقة بمشاكل ذوى العاهات ثم وضع التشخيص المناسب والمشاركة فى خطة العلاج .

٢. مساعدة ذوى العاهة على تقبل عاهته والتكيف معها بصورة تمكنه من مواجهة الحياة بشكل سليم .

٣. مساعدة المعوقين على حل مشاكلهم الأسـرية ومعـاونتهم علـى اختيار أنسب المهن التى تلائم القدرات المتبقية لديهم بعد حدوث العاهة .

٤. شغل وقت فراغهم بطريقة سليمة من خلال البرامج الجماعية التى يمكن من خلالها تنمية مهاراتهم واكسابهم القيم الاجتماعية السليمة وتنمية خبراتهم .

٥. توعية أفراد المجتمع بتقبل المعوقين وحسن معاملتهم .

٦. الدعوة لنشر المزيد من المؤسسات التى تخدم أكبـر عـدد مـن المعوقين .

٧. المساهمة فى تنسيق جهود الهيئات العاملة فى مجال المعوقين .

٨. القيام بالبحوث الاجتماعية التى تساهم فى الوقاية مـن الإصـابة بالعاهات .

٩. القيام بالدعوة إلى إصدار التشريعات التى تحـسن مـن أحـوال المعوقين.

١٠. تشجيع العمل الأهلى والتطوعى فى مجالات الإعاقة والعمل على جذب مختلف الفئات والمتخصصين فى أنشطة هـذه المؤسـسات وتقديم خبراتهم وإمكانياتهم .

١١. الاستعانه بوسائل الإعلام المختلفة والمناهج الدراسـية والأنديـة الثقافية والرياضية والاجتماعية فى نشر الوعى بمشكلة المعـوقين وتقبلهم كأفراد عاديين .

السمات المهنية الواجب توافرها للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعايـة ذوى الاحتياجات الخاصة

١- المتطلبات المهنية

إن العديد من المشكلات التي تواجه المعـاقين تـزداد تعقيـدا و تحتاج إلى أساليب اكثر تطويراً لمساعدتهم، و لا شك انه قـد حـان الوقت لتنمية مجموعة من المتطلبـات الأساسـية لممارسـة الخدمـة الاجتماعية مع المعاقين هذه المتطلبات الأساسية تمثل معايير الممارسة التى يمكن للأخصائيين الاجتماعيين العمل من خلالها لمساعدة المعاقين في التعامل مع مشكلاتهم في ظل الظروف المؤسسية خاصة محـدودة الموارد و الميزانية والعجز في الموارد البشرية، و هذه المتطلبات هي:

- فهم ومعرفة الأخصائيون الاجتماعيون لأساليب تنمية المعاقين.
- الفهم الواضح والمقدرة على تقييم إحتياجات المعاقين و كذلك المقدرة على الوصول إلى المؤسسات والتنظيمـات الاجتماعيـة والمـوارد المتاحة بالمجتمع المحلى التي تقدم الخـدمات و البـرامج لمعـاقين

وأسرهم و كذلك المقدرة في المدافعة عن تنمية الموارد التي تلبـي احتياجات المعاقين.

- الفهم الواضح والمعرفة بديناميكية الأسرة .
- تقبل الأخصائيون الاجتماعيون للإطار الثقافي الذي تؤدي في ظلـه الخدمات و كذلك المساهمة في تطوير و تحديث هذا الإطار .
- أن يكون لدى الأخصائيون الاجتماعيون بعض المعارف المتخصصة عن المعاق و الأسرة فى القانون و تنظيم و الموارد الخاصة بهم .
- مناهضة الأخصائيون الاجتماعيون لتدريب ومنح المعـاقين تحمـل المسئولية داخل الأسرة و خارجها .
- قيام الأخصائيون الاجتماعيون بالمدافعة عن احتياجـات المعـاقين والموارد و تبني فهما واضحا حولها و كذلك الدعوة للتعـاون بـين المهنيين والمؤسسات المختلفة لمقابلة و تلبية هذه الاحتياجات .
- مشاركة الأخصائيون الاجتماعيون بصور متعـددة فـى الخـدمات الاستشارية بالمؤسسات التى تقدم الخـدمات و البـرامج لمعـاقين وأسرهم .

• قدرة الأخصائيون الاجتماعيون فى تكوين علاقات مهنية مع المعاقين وكسب ثقتهم من جهة و كذلك ثقة الأخصائيون الاجتماعيون أنفسهم فى المعلومات المتحصلة من خلال تلك العلاقة .

• مساهمة المديرون بمؤسسات رعاية المعاقين من خلال تأسيس بيئة عمل جيدة وسياسات وإجراءات و إرشادات تعمل على تفعيل دور الخدمة الاجتماعية مع المعاقين .

أسس عمل الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية وتاهيل ذوى الاحتياجات الخاصة

وهناك أسس يستند عليها الأخصائي الاجتماعي في عمله في مجال رعاية وتأهيل الفئات الخاصة أهمها:

١- يجب أن يدرك أنه كما أن للناس حاجات إنسانية مشتركة، فإنه لكل فرد فرديته وحاجته الخاصة، ولذلك عليه معرفة أن لكل فرد من الفئات الخاصة مشكلاته الخاصة، وأن هذه المشكلات ليست وقفاً على الشخص وحده، بل أنها عامة قد يقابلها العاديون أنفسهم، وعليه أن يتعامل مع كل فرد من الفئات الخاصة على أساس ما يتأثر به نتيجة إعاقته وظروفه الخاصة.

٢- يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يقدر المستويات البدنية والصحية لكل فرد من الفئات الخاصة التي يعمل معها، وأن يعاونه وفقاً لقدراته البدنية والصحية وذلك يتطلب منه ابتداع ألوان من النشاط يتلاءم كل منها مع درجة إعاقة وقدرات الفرد.

٣- ينبغي على الأخصائي الاجتماعي ضرورة الاتصال الدائم بوالدي الفرد المعاق حتى يستطيع تعريفهم بقدرات واستعدادات طفلهم ليصبحوا أكثر قدرة على المساهمة في تأهيله وخدمته داخل الأسرة.

٤- ينبغي على الأخصائي أن يكون له دور فعال في إطار الخدمات الأساسية التي تقدمها المؤسسة للفئات الخاصة في مراحل العلاج والتدريب والتشغيل.

٥- يجب عليه أن يصمم برامج متنوعة ويشجعهم على الاشتراك فيها كلما أمكن ذلك.

٦- ينبغي عليه أن يستفيد من كافة الإمكانيات الموجودة بالبيئة المحيطة بالشخص المعاق وذلك لدعم وتطوير البرامج المقدمة له.

ويمكننا إيجاز دور الأخصائي الاجتماعي بمؤسسات رعاية المعاقين في الآتي:

١- دراسة الحالة الاجتماعية للمتقدمين والراغبين في الالتحاق بالمؤسسة أو الراغبين في الحصول على إعانات مادية أو عينية.

٢- استقبال الحالات التي يتم ترشيحها للالتحاق بالأقسام الداخلية وإتمام الإجراءات الخاصة بذلك.

٣- المشاركة في أعمال اللجان الفنية ومتابعة قراراتها.

٤- إعداد برامج الأنشطة الاجتماعية التي تتناسب وطبيعة إمكانات وقدرات المعاق.

٥- اكتشاف ميول ومهارات المعوقين وتوجيهها التوجيه المناسب للاستفادة من البرامج المختلفة.

٦- تلقي ملاحظات رواد الأنشطة خلال ممارستهم النشاط اليومي.

٧- العمل على تدعيم صلة المعاقين بأسرهم مع توعية الأسرة.

٨- إجراء البحوث والدراسات لتطوير سير العمل.

٩- إعداد التقارير بأنواعها المختلفة عن خدمات المؤسسة وأنشطتها.

١٠- الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدة هذه الحالات على الاستفادة من خدمات المؤسسة.

١١- المساهمة في توفير فرص التشغيل المناسبة والتوجيه المهني.

١٢- التنسيق والتشبيك مع المؤسسات المجتمعية الأخرى في مشروعات مشتركة لصالح المعاقين.

١٣- دعم وحماية حقوق المعاقين ونشر ثقافة التأهيل المجتمعي.

طريقة خدمة الفرد في مجال رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة:

١- دراسة الحالات الفردية دراسة مستفيضة من حيث نـوع الاعاقـة، وتاريخ الإصابة ونوع العمل ودرجة الإصابة، والظروف الاجتماعية والاقتصادية وتكوين الأسرة والدخل ومصادره وبنود الإنفاق... الخ.

٢- مساعدة المعاق على تقبل العاهة وانعكاساتها النفسية وإعطاء الأمل في مواجهة الحياة.

٣- مساعدة المعاق على إجراء الجراحات اللازمة والحد من مقاومتـه لإجرائها.

٤- مساعدة المعاق على الاستفادة من طاقاته وقدراته المتبقية.

٥- مساعدة المعاق على الاختيار السليم للعمل الجديد ومساعدته علـى التدريب والتأهيل.

٦- مساعدة أسرته على تقبل الظروف الجديدة وطريقة التعامل معه.

٧- الاتصال بالمؤسسات والهيئات داخل المجتمع المحلـي لمـساعدته مادياً ومعنوياً.

٨- العمل مع المعاقين داخل مؤسسات التأهيل المهني.

طريقة خدمة الجماعة في مجال رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة :

يمكن إتاحة الفرصة أمام المعاقين لإشباع هواياتهم وممارستها من خلال الجماعات الصغيرة، ويشكل بناء مناسب يعد من المطالب الضرورية، بل أن الترويح واللعب قد يكون أسلوباً علاجياً ونفسياً لدى بعض المعاقين للتغلب على مشكلات شعورهم بالنقص وعدم التكافؤ مع الآخرين .

كما أن لخدمة الجماعة أهمية كبيرة في تغيير سلوك واتجاهات الأفراد في ذلك يقول كيرت ليفين **Kurt Levin** أنه إذا أردنا أن نحقق تغييراً عميقاً ومستديماً في سلوك الإنسان يجب أن نتعامل مع الفرد كعضوٍ في جماعة، حيث يسهل التأثير عليه ويكون أكثر مرونة، وأن الاتصال بالأفراد عن طريق الجماعات له تأثير أكبر وأعمق من الاتصال بهم فرادى أو الاتصال بهم كمجتمع عن طريق الدعاية ووسائل الإعلام، ونستعرض فيما يلي أهم الواجبات العامة للأخصائي الاجتماعى الذي يعمل مع المعاقين من خلال طريقة العمل مع الجماعات:

١- نقطة البداية في عمله هو التعرف على الجماعة والاندماج فيها والتفاعل معها.

٢- العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة عن طريق ممارسته للعلاقات بأسلوب إنساني اجتماعي.

٣- التعرف على الاحتياجات الحقيقية للجماعة وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالنسبة لظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.

٤- التخطيط العلمي السليم للخدمات مع ضرورة إشراك أعضاء الجماعة في التخطيط لضمان نجاح التزام أعضائها.

٥- تدريب المعاقين في مجال الخدمات وخلق قيادات وتدريسها.

٦- تدريب المعاقين على ممارسة التخطيط للخدمة التي يحتاجون إليها في تنفيذها باعتبارها المستفيدين بها.

٧- تنظيم العلاقات الاجتماعية وتعويد المعاق على العمل التعاوني والطريقة المثلى للتعبير عن الرأي والتفاهم مع الغير وتعلم أساليب القيادة والتبعية وممارسة الأسلوب الديمقراطي بوجه عام.

٨- تدريب المعوقين على فهم منظم وقوانين المؤسسة والوصول بالجماعة إلى المستوى الذي تحس فيه بأنها قادرة على تقبل الأنظمة والقوانين واتباعها.

طريقة تنظيم المجتمع في مجال رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة :

تلعب طريقة تنظيم المجتمع دوراً فعالاً في خدمة ورعاية المعوقين، حيث أن تعاون الجماهير مع الحكومة ورعاية المعوقين، تتطلب تنوير أذهان الناس بأسباب الإعاقة ونتائجها وطرق علاجها والوقاية منها .

تتكامل طريقة تنظيم المجتمع مع طرق الخدمة الاجتماعية لتقديم أوجه الرعاية المتكاملة للمعاقين ويمكن أن نوجز دور المنظم فيما يلي:

١- القيام بعمل الأبحاث والدراسات التي تحدد حجم المعوقين في المجتمع المحلي وتصنيف الإعاقة.

٢- عمل المؤتمرات العامة حول قضايا ومشكلات المعوقين وتحديد دور المعوق ودور الأسرة ودور المجتمع المحلي، ودور المجتمع القومي والجامعات والمراكز البحثية في رعاية هذه الفئات.

٣- إثارة الرأي العام من خلال وسائل الإعلام المختلفة حول قضايا كل المعاقين وطرق التعامل معهم وأساليب رعايتهم.

٤- مطالبة الهيئات والمؤسسات بضرورة تنفيذ أحكام القانون في تشغيلهم وإتاحة فرص العمل لهم في حدود النسبة المقررة لهم وهي ٥% من مجموع العاملين.

٥- التنسيق والتكامل بين كافة المؤسسات والأجهزة التي تهتم برعاية المعوقين.

٦- مساعدة المعوقين للاستفادة بالإمكانيات داخل وخارج مراكز التأهيل.

٧- مساعدة المعوقين للتعبير عن رأيهم في البرامج والخدمات المقدمة لهم وتوصيلها إلى مجلس إدارة المؤسسة والمسئولين عن وضع هذه البرامج.

٨- يقوم المنظم الاجتماعي بمساعدة الجهاز الإداري بمؤسسة التأهيل للقيام بدوره.

٩- تقديم الرأي والمشورة لمجلس إدارة المؤسسة في بعض القضايا التي تهم المعوقين.

١٠-عمل البرامج التدريبية للعاملين في المؤسسة للتعرف على كل ما هو مستحدث في مجال المعوقين .

الجوانب التى يهتم بها الأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية وتاهيل ذوى الاحتياجات الخاصة :

١- **الأدوار الأسرية للمعوق:** فالعجز فى أداء هذه الأدوار وحساسيته المفرطة قد يؤديان إلى بعض المشكلات وخاصة فى حالات الاصابة المفاجئة للشخص مما يستلزم إعادة التكيف الأسرى مرة أخرى .

٢- **العلاقة بالأصدقاء:** فالعلاقات الطيبة بالأصدقاء يمكن أن تساعد على سرعة تكيف المعوق بينما يؤدى فتور هذه العلاقات إلى العكس فينسحب الشخص إلى ذاته أو يصبح أكثر عدوانية .

٣- **ظروف العمل:** فقد يقل دخل المعوق عن نظيره غير المعوق ، وقد تؤدى الإعاقة إلى عدم مناسبة العديد من المهن له الأمر الذى يستلزم الاهتمام بالتأهيل المهنى، وتقدير حجم امكانية مساعدته تدريجياً على التكيف مع ظروف العمل المكلف به من خلال التوجيه واختيار المهنة المناسبة وتدريبه عليها والمساعدة المستمرة على تقدمه المهنى مع متابعته للتغلب على العقبات التى تثار أولاً بأول .

٤- **النواحى الدراسية:** وهى متصلة بالقدرة على متابعة الدراسة والانتظام فى الحضور واقامة علاقة سوية مع الزملاء وهيئة التدريس .

٥- النواحى الترويحية : وتتضمن استمتاع المعـوق بوقـت الفـراغ وممارسة هواياته .

٦- النواحى الصحية: وهى المتصلة بظروف الإعاقة وإمكانية علاجها، ومدى التقدم فى العلاج والفترة التى يستغرقها، ومتابعة الهيئة التـى تقدم العلاج ودراسته وقدرته على دفع المقابل المادى، ونوع المعاملة التى يلقاها من الأطباء وهيئة التمريض فضلاً عن استجابته للعـلاج المقدم ومدى الرضا عنه .

٧- الظروف المعيشية للمعوق: وهى المتصلة بظروف معيـشته مـع أسرته أو فى مؤسسة مختصة بالرعاية وبعض هـذه المؤسـسات ، يختص بالرعاية الدائمة حيث يقيم المعوق فى القسم الداخلى تحـت إشراف مجموعة مـن الخبـراء فـى الميـدان الطبـى والنفـسى والاجتماعى فضلاً عن فريق التمريض والجهاز الإدارى والخدمات المعاونة بالمؤسسة.

الوسائل المساعدة المتوفرة لذوى الاحتياجات الخاصة فى إطار المجتمع

يتحمل مسئولية تقديم الخدمات المختلفة للمعاقين من فئـة ذوى التخلف العقلى بصفة مباشرة أربعة وزارات إلى جانب بعض الوزارات التى تقدم خدماتها لهم بصورة غير مباشرة .

خدمات الوزارات المعنية بصورة مباشرة :

أولا : وزارة التضامن الاجتماعى

تتحمل وزارة التضامن الاجتماعى العبء الأكبر فى تقديم خدمات المتخلفين عقليا حيث تقدم الجمعيات الأهلية التى تخضع لإشراف الوزارة خدمات رعاية وتأهيل للمتخلفين عقليا بكافة محافظات الجمهورية.. ويقتصر دور الوزارة ومديرياتها بالمحافظات على الإشراف والتوجيه والمتابعة الفنية وتقديم بعض التمويل اللازم لتلك الجمعيات، أى أن الخدمات التنفيذية تضطلع بها بالكامل الجمعيات الأهلية .

جمعيات رعاية وتاهيل المتخلفين عقليا

هناك عدد لا بأس به من الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجالات رعاية وتأهيل المعاقين كما أن هناك بعض من الجمعيات تتولى رعاية وتأهيل المعاقين باعتبارها تنفذ خطة مسندة إليها من قبل وزارة التضامن الاجتماعى حيث يوجد بكل محافظة من محافظات الجمهورية جمعية للتأهيل المهنى و الاجتماعى للمعاقين ذلك بخلاف الجمعيات الأخرى التى تعمل فى مجالات الإعاقة سواء كانت تعمل فى مجال إعاقة واحدة محددة أو تعمل فى مجال أكثر من إعاقة ، وتؤدى الجمعيات خدماتها وبرامجها بواسطة وسائل لكل منها دوره

وسائل التاهيل المهنى

١. مكاتب التأهيل الاجتماعى للمعاقين

وهى الوسيلة الأكثر انتشارا ، حيث تقوم باستقبال كافة فئات المعاقين طالبى التأهيل من الجنسين ومن مختلف الأعمار حيث تجرى لهم دراسات وبحوث اجتماعية ونفسية وطبية ومهنية وتعليمية بواسطة فيق تأهيل متخصص وأبرز خدماتها:

- تدريب المعاقين مهنيا
- تزويد المعاقين بالأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية
- توفير العلاج الطبيعى
- منح شهادة تأهيل لمن تم تأهيلهم
- إصدار بطاقة شخصية معوق والتى بموجبها يحصل على الأمتيازات والتيسيرات المقررة للمعاقين
- توعية المجتمع المحلى والمواطنين بالأساليب الصحيحة فى التعامل مع المعاقين وأهمية الكشف المبكر .

٢. مراكز التأهيل

هى عبارة عن منشأت تقام لتوفير الخدمات التأهيلية للحالات التى لديها إعاقات تحول دون استفادتها من خدمات مكاتب التأهيل لأسباب منها صعوبة انتقالها أوتدريبها فى سوق العمل أو حاجتها لملاحظة مستمرة من الناحية النفسية أو الاجتماعية أو البدنية أو لظروف اجتماعية أوسرية ، وغالبا ما يكون المركز لخدمة فئة معينة من فئات الإعاقة أو جنس معين .

تضم هذه المراكز أساسا ورش للتدريب المهنى وقسم للإقامة والإعاشة والبعض منها وهو ما يطلق عليه مراكز التأهيل الشاملة يضم أقساما للعلاج الطبيعى ومصنع للأجهزة التعويضية ، ووحدات للتدريب الكلامى وبدأـ مؤخرا فى إنشاء دور لحضانات المعاقين .

وتمتاز هذه المركز بالأتى:

- توفير الإشراف الطبى والنفسى والاجتماعى والمهنى بصورة جيدة
- يسير التدريب المهنى فيها وفق منهج معين وبواسطة مدرب مؤهللتعامل مع المعاقين
- توفير التدريب المهنى للحالات التى يعجز السوق عن تقديم خدمات التدريب المهنى لها لظروف إعاقتها .

• توفر الرعاية الاجتماعية للحالات التى تعجز بيئة المعاق عن تقديمها ويمكن عن طريقها تطوير برامج التأهيل المهنى لتأخذ الطابعى الانتاجى .

المصانع الخاصة (المحمية)

وهى مصانع معدة لتشغيل المعاقين المؤهلين الذين يتعذر الحاقهم بسوق العمل العادية بسبب جسامة الإصابة أو صعوبة التنقل أو لحاجتهم لرعاية خاصة أو نظام معين لتشغيلهم وهذه المصانع محمية من منافسة السوق كما إنها بمثابة مرحلة انتقال بين برنامج التأهيل والعودة إلى المجتمع والاندماج فيه ، حيث توفر للمعاق الاشراف الطبى والإرشاد والتوجيه المهنى والإسهام فى عملية الانتاج بقدر طاقته وحتى يصبح قادر على العمل بالسوق .

٤. مؤسسات التثقيف الفكرى

وهى دور معده لرعاية المتخلفين عقليا لحاجتهم إلى رعاية خاصة مكثفة حيث توفر لهم الرعاية الطبية وألاجتماعية والنفسية والتعليمية والترويحية ، وكذلك برامج التدريب المهنى والتشغيل إلى جانب الإقامة ولإعاشة لمن تستدعى ظروفهم ذلك .

٥. مراكز وأقسام العلاج الطبيعى

تقدم خدمات العلاج الطبيعى والرياضـــى والعلاجـــى للمعـــاقين لتحسين درجة الإعاقة ، كما تقدم هذه الخدمات للمرضى ، وبعض هذه المركز ملحق بها قسم داخلى.

٦. دور حضانة الأطفال المعاقين

هى دور تنشأ لتربية حواس الطفل المعاق وإكـسابه المهـارات المرتبطة بالحياة اليومية وتهيئة الطفل المعاق لمراحل التأهيل .

٧. مراكز التقويم المهنى

حيث تقوم هذه المراكز بتقييم قدرات واســتعدادات ومهــارات المعاقين لتوجيههم مهنيا ومعاونتهم على اختار المهنة المناسبة لهم .

ثانيا : وزارة التربية والتعليم

بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ توسعت الدولة فى إنشاء المــدارس والفصول الخاصة بالمعاقين وقد أنشىء أول معهد للمتخلفين عقليا عــام ١٩٥٦ ، وشهد عام ١٩٥٨ فتح مدارس اعــدادى للــصم والاعــدادى المهنى للمتخلفين عقليا ، وتخــدم وزارة التربيــة والتعلــيم الأطفــال المتخلفين عقليا من خلال مدارس التربيــة الفكريــة وفــصول الــدمج بإشراف إدارة التربية الخاصة .

ثالثا : وزارة الصحة والسكان

تنفذ وزارة الصحة والسكان برامج لرعايو الأمومة والطفولة تشمل رعاية الحوامل ومتابعة الأم والوليد حتى سن المدرسة ، وكذلك توفير التأمين الصحى مجانا حتى سن إلمدرسة ، وهذا كله من شأنه الحد من الإعاقة .

كذلك تنفذ الوزارة خطة للوقاية والحد من الإعاقة عن طريق نشر خدمات التأهيل المجتمعى بالإستعانة بالوحدات الصحية

توفر الوزارة أيضا خدمات العلاج الطبيعى بالمستشفيات العامة والمركزية ومراكز العلاج الطبيعى ، وايضا توفير بعض الأجهزة التعويضية لحالات الحوادث .

توفير برامج العلاج بالعمل بمستشفيات الصحة النفسية وأقسام الصحة النفسية والمستشفيات العامة

إجراء خدمات الحصر والبحوث العلمية عن طريق المعاهد التعليمية مثل معهد شلل الأطفال ومعهد السمع والتخاطب ومعهد بحوث الرمد .

رابعا : وزارة القوى العاملة والهجرة

وتركز خدماتها فى توفير فرص العمل للمعاقين الحاصلين على شهادات التأهيل طبقا للنسبة الإلزامية التى نص عليها القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ وقدرها ٥% من إجمالى عمال المنشأة .

خدمات الهيئات المعنية بالتاهيل بصفة غير مباشرة

١. وزارة الاعلام و اجهزتها: اذ أن من مهامها خلق رأي عام ملم بمشكلة المعوقين وتوعية الاباء وارشاد الاسر لكي تتقبـل اطفالهـا وتتعايش معها اذ انها تخصص برامج اذاعية وتلفزيونية خاصة تخاطب المعوقين وذويهم بالاسلوب المناسب لرعـايتهم الـي جانـب قيامهـا بالتعريف بالمؤسسات والجمعيات والمدارس التي ترعي المعاقين ولقـد خصصت شبكة الاذاعات المحلية ومختلف القنوات التلفزيونية بـرامج للمعاقين كما تلعب الصحف والمجلات والنشرات الاعلامية دورا كبيرا في هذا المجال.

٢. وزارة الدفاع: لها دور في رعاية وتاهيل المعـاقين مـن مصابي الحرب والعمليات العسكرية ويتبعها مركز شامل يقـوم بهـذه المهمة في حي العجوزة بالقاهرة يقدم خدماتة بصفة اساسية للعـسكرين ويخدم ايضا المدنيين.

٣. وزارة الشباب: ويتبعه (٤٠) ناديـا رياضـيا مخصـصه للمعاقين ومنتشرة بالمحافظات ويمارس فيها المعاقين رياضتهم والتـي لها قوانينها الخاصة .

٤. المجلـس الأعلـى للجامعـات ووزاررة التعلـيم العـالى: اولت معظم الجامعات عنايته للمعاقين فانشات مراكز لرعايتهم وشجعت علي اجراء البحوث العلمية في مجال رعايتهم وادخلت بعـض كليـات التربية و التربية النوعية والطب ومعاهد الخدمة الاجتماعية وريـاض الأطفال واقسام الاجتماع برامج لرعايتهم ضمن مناهجها، كما اهتمت مراكز البحوث والدراسات بالموضعات الخاصة بالمعـاقين وتـدريب الكوادر واولياء الامور.

تنسيق الخدمات: يوجد بمصر تنظيمين لتنسيق الخدمات علـى المستوى القومى أحداهما على مـستوى القطـاع الأهلـى التطـوعى (إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعـوقين) والأخـر علـى المـستوى الحكومى(المجلس الأعلى للتأهيل) .

١- إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين

هيئة أهلية تضم فـى عـضويتها جميـع الجمعيـات الأهليـة العاملةبميدان رعاية الفئات الخاصبة والمعاقين بجمهورية مصر العربية والمشهرة طبقا لأحكام قانون عمل الجمعيات الأهلية ٨٤ اسنة ٢٠٠٢ .

اختصاصات الاتحاد

- تخطيط برامج الرعاية الاجتماعية التى تنفذها الجمعيات الأهلية .
- إجراء البحوث والدراسات ونشرها بين الجمعيات الأهلية .
- وضع وتنفيذ برامج الإعداد الفنى والإدارى لأعضاء الجمعيات والعاملين بها .
- تقويم جهود الجمعيات الأعضاء .
- تقديم المعونة الفنية للجمعيات الأعضاء .
- القيام بالتجارب الرائدة من خلال وضع برامج وخدمات نموذجية ومتابعتها ثم محاولة تعميمها .

٢- المجلس الأعلى للتأهيل

تضمنت المادة (٤) من القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين على تشكيل مجلس أعلى لتأهيل المعاقين برئاسة وزير الشئون الاجتماعية (وزارة التضامن الاجتماعى حاليا) وعضوية (١٨) عضوا يمثلون الوزارات المعنية وكذلك الهيئات المينة والقوات المسلحة والخبراء والمهتمين بشئون المعاقين .

قائمة المراجع

- ابراهيم بيومى مرعى ، محمد البغدادلى ، الجماعات فى الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية : المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٤.
- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٢.
- سلوى عثان الصديقى، خدمة الفرد فى محيط الخدمة الاجتماعية : الاسس النظرية والاتجاهات العلمية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ٢٠٠٣، ص ص١٧١-١٧٧.
- عبد المحي محمود حسن نصالح، الممارسات المهنية في المجال الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٥.
- عبير عبدالحميد فتحى ، تأهيل أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ، المؤتمر الدولي السادس ، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة: رصد الواقع واستشراف المستقبل ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة ، في الفترة من ١٦ - ١٧ يوليو ٢٠٠٨ م
- فاروق الروسان ، مقدمة فى الإعاقة العقلية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية ، ٢٠٠٣ .
- كريستين مايلز ، التربية المختصة ، دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، بيروت : ورشة الموارد العربية ، ١٩٩٤
- محمد سيد فهمي، التأهيل الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٥.

- محمود عبد الرحمن حسن ، تنمية قدرات ومهـارات الإخـصائيين الاجتماعيين فى الاكتشاف والتدخل المبكر لإعاقة التخلف العقلـي ، (مقرر الكترونى)، الاسكندرية: مركز جامعة الاسكندرية للاكتشاف والتدخل المبكر لإعاقات الأطفال ، ٢٠٠٦.
- محمود عبدالرحمن حسن ، معوقات الانجاز فى مؤسسات الرعايـة الاجتماعية للمعوقين بمحافظة الاسكندرية ، رسالة ماجيستير غيـر منشورة ، كلية الأداب : جامعة الاسكندرية ، ١٩٩٥ .
- مدحت أبو النصر، الإعاقة الحسية (المفهـوم والأنـواع وبـرامج الرعاية)، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥.
- NASW. Board OfDirectors, NASW Standards For Practice Of Social Work With Adolescent, National Association Of Social Workers, U. S. A.، 1993.

الفصل السادس

متطلبات الدمج الاجتماعى لذوى الاحتياجات الخاصة

- تعريف الدمج.
- فلسفة الدمج.
- أهداف الدمج.
- مفاهيم مرتبطة بعملية الدمج.
- مميزات وأهمية الدمج.
- فوائد ومردود الدمج على ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.
- انعكاسات الدمج غير المرغوب فيها على ذوي الاحتياجات الخاصة.
- انعكاسات الدمج على الأطفال العاديين.
- أنواع وأشكال الدمج.
- أساليب وطرق الدمج.
- اتجاهات سياسة الدمج.
- شروط ومتطلبات الدمج الناجح.
- متطلبات إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة في العملية التعليمية.
- أهم المشاكل التي تعوق إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة في المجتمع.
- الأجراءات التي تسبق عملية الدمج في المدرسة.
- سلبيات الدمج التعليمى.
- إعداد آلية لعملية الدمج.
- دور الأخصائى الاجتماعى فى برامج الدمج.

مقدمـة

تؤكد الاتجاهات الحديثة لمساعدة الأطفـال ذوى الاحتياجـات الخاصة من أجل النمو والاستفادة مما تبقى لديهم من إمكانات وقـدرات يأتى ذلك بشكل فعال من خلال الدمج في المجتمع وتحقيق عائد مـادي يساعدهم على العيش في المجتمع .

أن برامج الدمج تهيىء الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لكي يكونوا جزءا لايتجزاء من المجتمع وتهيىء المجتمع ليحتضنهم ، ومـا فشل الدمج ما هو الا نتيجة لعدم تهيئة المجتمع فمشروع الدمج سياسة نمت وتطورت كحركه اجتماعيه وهى طريقه مثلى للتعامل مع الحاجات التعليميه الخاصه لكل الطلاب في المدارس العاديه وان الاطفـال لهـم الحق في التعليم معا دون تمييز فيما بينهم بغض النظر عن اية اعاقـه او صعوبه تعليميه يعانون منها ويتسال البعض هل يمكن بعد سـنوات طويله من التعليم المنفرد سيبادر ابناء المجتمع بقبول اناس قلما رأوهـم من قبل فهم لم يذهبوا الى المدرسه معا ولم يلعبوا معا الخ ....

فإنه من المنطقي ان يعتبرهم المجتمع غرباء لا ينتمـون اليـه بالرغم من كل الجهود التي صبت في مـصلحة الاحتـواء الـشامل ، ومن هنا نتناول الفصل الراهن جوانب برامج الدمج ، فليـست عمليـة الدمج هي مسئولية مؤسسات فقط ، بل هي عملية مشتركة بينها وبـين الأسرة ، حيث أكدت توصيات العديد من المؤتمرات علـى ضـرورة

تعديل سلوكيات التفاعل بين الأخوة والأخوات في أسر ذوى الاحتياجات الخاصة وشرح اختلافات التعامل مع طفل عادي في الأسرة وطفل غير عادي .

وبالرغم من أنه قد لاقت فكرة الدمج قبولا بالدول المتقدمة ولـــم يهتم بها في الدول النامية بنفس القدر، حيث يخشى الآباء على أطفالهم العاديين من الاحتكاك بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، و يشعر آباء الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بالحرج من احتكـــاك أطفـــالهم مـــع الأطفال العاديين.

والدمج فلسفة عامة تكمن فى مشاركة الجميع والتفاعل بين ذوى الإحتياجات الخاصة، وغيرهم من الأطفال العاديين، حيث يتيح الـــدمج توافر فرص تعليمية ملائمة لجميع الأطفال ذوي الإعاقات لتقديم فرص التواصل والتفاعل الحيوى لهم مع غيرهم من الأطفال العـــاديين فـــى المؤسسة التعليمية الواحدة والهدف من دمج الأطفال ذوى الاحتياجـــات الخاصة مع أقرانهم العاديين فى مدارس التعليم العام هو مساعدتهم على الاستفادة من إمكاناتهم العقلية والانفعالية والحـــسية والبدنيـــة بـــصورة أفضل بحيث ينعكس ذلك على الفرد والمجتمع، وذلك من خلال تهيئـــة المناخ التربوي والظروف الملائمة كى يوظف المعاق أقصى طاقاتـــه، وتحقيق ذاته من خلال برامج تربوية ونفسية تلبـــى حاجـــات هـــؤلاء الأطفال .

تعريف الدمج

يعرف الدمج بأنه نهج تمكيني يساعد جميع الأطفال على الاستمتاع بطفولاتهم وحصولهم على حقوقهم وعلى المساهمة في بناء وتغيير مجتمعاتهم .

كما يعرف الدمج على أنه مفهوم يفيد خدمة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة داخل البرنامج الدراسي العادي، مع تزويدهم بالمتخصصين والخدمات المساعدة بدلا من وضع هؤلاء الأطفال في فصول خاصة مستقلة به .

والدمج هو اختيار انسب الطرق والوسائل والأساليب التربوية والتعليمية والمادية، وَيختارها كل مجتمع حسب واقعه التعليمي والتربوي وفلسفاته وتوجهاته والتي تؤدي إلى إتاحة التعايش الكامل بين الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة والأفراد العاديين سواء كان هذا التعايش داخل بيئته الأسرية أو المدرسية ، أو من خلال البيئة المحلية التي يعيش فيها المعاق، على أن يشمل هذا التعايش جميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على اختلاف إعاقتهم وحسب إمكانيات وحاجات متطلبات النمو الخاصة بكل فرد منهم .

فالدمج هو إتاحة الفرصة للأطفال كي يكتسبوا القدرة علــى أن يسهموا في المجتمع (من خلال أنشطة منتجة ، أو من خلال تقديم الدعم العاطفي وتوفير الرضى عند الأبوين أو الأسرة ، أو لكي يجتمعوا مــن أجل أن يتعلموا معا بدلا من أن نجمعهم على أساس قـصور مـشترك بينهم ، فإن في ذلك تجديدا في التعليم وفي المجتمع أيضا ، مــن هنــا فالدمج استراتجية تمنح الجميع للقدرة على أن يقدموا للمجتمــع عمــلاً محفزاً على التغيير .

ومن خلال بعض النقاط التي برزت من التعريفات السابقة يتأكد لنا أن مفهوم الدمج لا يشمل الأطفال ذوي الإعاقات فحسب، بل أيــضا كل فئات الأطفال الذين يعزلون أو يجري إقصاؤهم عن المجتمع أو عن النظام المدرسي لأسباب مختلفة مثل الدين أو النوع أو الجنس (الجندر) أو الجنسية أو الفقر أو اللغة أو المرض..الخ.

ويتطلب الدمج تهيئة مجموعــة العــاملين بمؤســسات رعايــة المعوقين والذين يعملون مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصــة ذهنيــا لتنمية مهاراتهم للعمل بصورة أفضل مع هؤلاء الأطفال بما يساعد على عملية الدمج .

فلسفة الدمج و مبرراته

تتجه دول العالم المتقدم نحو دمج الأطفـــال ذوي الاحتياجـــات الخاصة انطلاقًا من أن الدمج يحقق لهم مستوى أفضل مـــن الرعايـــة الصحية والنفسية والتربوية والاجتماعية ، بيد أن بعـــض دول العـــالم النامي (وإن كانت تخوض بعض تجارب الدمج) إلا أنها مازالت تتبـــع نظام عزل أولئك الأطفال فى مدارس التربية الخاصـــة، وقـــد يكـــون لاتجاهات معلمي هؤلاء الأطفال علاقة أو تأثير فى نجاح عملية دمجهم فى المدارس العادية أو بقائهم فى مدارس التربية الخاصة منفصلين عن أقرانهم من الأطفال العاديين ، هذا وتكمن فلسفة الدمج فـــى الأهـــداف المتوقع تحقيقها نتيجة لتطبيقه بأشكاله المختلفة ، ومنها:

- إزالة الوصمة المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة، لتخفيـــف الآثـــار السلبية الاجتماعية لدى بعض فئات التربية الخاصة وذويهم، والمرتبطة بمصطلح مثل الإعاقة.

- خلق فرص كافية لذوي الاحتياجات الخاصة لنمذجة أشـــكال الـــسلوك الصادر عن أقرانهم العاديين.

- تعديل الاتجاهات نحو فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصـــة، مـــن خلال برامج الدمج التي تعمل على تغيير وتعـــديل اتجاهـــات الأســـر

والعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، وخاصة تلك الإتجاهات المتعلقة بالرفض أو عدم التعاون.

- توفير خبرات التفاعل الاجتماعي بين ذوي الاحتياجات الخاصة وأقرانهم العاديين؛ مما يؤدي إلى زيادة فرص التقبل الاجتماعي لهم من قبل العاديين.

- توفير الفرص التربوية المناسبة للتعلم، بين الطلبة الأسوياء وذوي الاحتياجات الخاصة، المتمثلة في أساليب التدريس المختلفة، وأساليب التقويم لينمو نمواً أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً سليماً.

- توفير الفرص التربوية لأكبر عدد ممكن من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

- توفير التكلفة الإقتصادية اللازمة لفتح مراكز أو مؤسسات التربية الخاصة التي تتضمن البناء المدرسي، والعاملين من اختصاصيين ومعلمين، ومواصلات ... إلخ.

- تحقيق الذات عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وزيادة دافعيتهم نحو التعليم، ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير.

أما مبررات الدمج فقد أجمعت الأدبيات التربوية الحديثة على أن من أهم مبررات الدمج مايلي:

- **المبررات الاجتماعية الاخلاقية:**

فالدمج يشجع المجتمع على تبني نظرة إيجابية نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، وهذا الرأي يقوم على إفتراض مفاده أن عزل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة يشجع من حيث المبدأ تطور وجهات النظر والإتجاهات السلبية ، مثل العزل والشعور بالذنب والقلق، والخجل. أما الدمج فهو يهيئ الفرص لتطور الإدراكات الاجتماعية الواقعية، والمتمثلة في الإعتراف بوجود الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والبحث عن حلول.

- **المبررات القانونية التشريعية:**

ظهور القوانين والأنظمة التشريعية في معظم دول العالم في الوقت الراهن تنص صراحة على حق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بأقرانهم من الأطفال ، وفي أقل البيئات التربوية تقيداً. أي أنه يتماشى مع حقوق الإنسان الأساسية في سياق التعليم للجميع مثل ما صدر عن الأمم المتحدة عام ١٩٧٥م من وجوب احترام الكرامة الإنسانية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وحماية حقوقهم الأساسية أسوة بأقرانهم في

المجتمع ، وكذلك عن ماورد عن مؤتمر سلامنكا بأسبانيا ١٩٩٤م الذي نص في توصياته على وجوب إتاحة الفرصة لذوي الاحتياجات الخاصة للإلتحاق بالمدرسة العامة.

- **المبررات النفسية الاجتماعية:**

إن الأطفال بحاجة إلى التعامل مع الآخرين والتعامل مع ظروف الحياة اليومية، وحرمان الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فرص المشاركة في نظم التعليم المدرسي العادية ، يترتب عليه حرمان الطفل ذوي الحاجات الخاصة من حقه في الإنتماء إلى المجتمع، وفي المساهمة في بناءه.

أهداف الدمج

- تحقيق المشاركة والتفاعل الاجتماعي والثقافي والرياضي والفني بين ذوى الاحتياجات الخاصة واقرانهم العاديين .
- اتاحة الفرص لجميع الاطفال المعوقين للتعليم المتكافىء والمتساوي مع غيرهم من الاطفال.
- اتاحة الفرصه للاطفال المعوقين للانخراط في الحياة العاديه. والتفاعل مع الاخرين
- اتاحة الفرصه للاطفال غير المعوقين للتعرف على الاطفال المعوقين عن قرب وتقدير مشاكلهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة

- خدمة الاطفال المعوقين في بيئتهم المحليه والتخفيف مـــن صـــعوبة انتقالهم الى مؤسسات ومراكز بعيده عن بيـــتهم وخـــارج اســـرهم وينطبق هذا بشكل خاص على الاطفال من المناطق الريفيه والبعيده عن مؤسسات ومرامز التربيه الخاصه.
- استيعاب اكبر نسبه ممكنه من الاطفال المعوقين الذين لا تتوفر لديهم فرص للتعليم.
- تعديل اتجاهات افراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامـــه من مدراء ومدرسين واولياء امور.
- التقليل من الكلفه العاليه لمراكز التربيه المتخصصه.
- التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم وتخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلقها وجوده في المدارس الخاصة.
- يحق للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تلقي التعليم فـــي المـــدارس العادية حيث يعتبر الدمج جزءا من التغيرات السياسية والاجتماعيـــة التي حدثت عبر العالم وان التربية الخاصة في المـــدارس العاديـــة تساعد علي تجنب عزل الطفل عن أسرته والذين قد يكونون مقيمين في مناطق نائية.
- يخلص الدمج العاديين من الافكار الخاطئه حول خصائص اقـــرانهم وامكاناتهم وقدراتهم من ذوى الاحتياجات الخاصه.

• من اهداف الدمج بعيده المدى تخليص ذوى الاحتياجات الخاصه من جميع انواع المعيقات سواء الماديه او المعنويـــه التـــى تحـــد مـــن مشاركتهم فى جميع مناحى الحياه.

مفاهيم مرتبطة بعملية الدمج

• البيئة الأقل عزلاً (Restrictive Least)

يقصد بها الأقلال بقـــدر الامكـــان مـــن عـــزل الأطفـــال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بدمجهم قدر الامكان بالأطفال العاديين فـــي الأندية والحضانات و الفصول والمدارس العادية

• الدمـــــج (Mainstreaming)

ويقصد بذلك دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين مع تقديم خدمات التربيـــة الخاصـــة والخـــدمات والإرشـــادية و المساندة .

• مبادرة التربية العادية (Education Initive Regular)

يقصد بهذا المصطلح أن يقوم مدرسي المدارس العادية بتعلـــيم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصاً ذوي الإعاقـــات البـــسيطة والمتوسطة في الفصول والمدارس العادية مع تقديم الاستـــشارات مـــن المختصين في التربية الخاصة .

- الدمج الشامل (العام) (Inclusion)

هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكـون جميع الطلاب بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقة التي يعانون منها ، يدرسون في فصول مناسبة لاعمارهم مع أقرانهم العاديين في مدرسـة الحي إلى أقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس.

إن الشكل المألوف الذي يأخذه الدمج هـو أن يلتحـق الأطفـال المعوقون بمدارس أو فصول الأطفال العاديين ، أما التحـاق الأطفـال العاديين ببرامج صممت خصيصاً للأطفال المعـوقين فيـسمى الـدمج العكسي. وقد تم تجريب هذا النوع من الدمج ولكن على نطاق ضـيق نسبياً، في مرحلة ما قبل المدرسة (أو برامج التدخل المبكر) على وجه الخصوص. ويتم تنظيم أوقات زيارات الأطفـال العـاديين للأطفـال المعوقين ليتم التفاعل بينهم وفق جدول زمني معين. وتفيـد التقـارير المنشورة في الدوريات والمراجع العلمية ذات العلاقة بأن لهذا النمط من الدمج ايجابيات، وبخاصة على مستوى القبول الـذي يبديـه الأطفـال العاديون نحو الأطفال المعوقين.

• مصطلح التكامل [Integration]

وهناك جماعة من المختصين اختاروا مصطلح التكامل [Integration] للتعبير عن عملية تعليم المعوقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ويميز أصحاب هذا الرأي بين أربعة أنواع من التكامل

١-التكامل المكاني الذي يشير إلي وضع ذوى الإحتياجات الخاصة في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.

١-التكامل الوظيفي و يعني اشتراك ذوى الإحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في استخدام المواد المتاحة.

٢-التكامل الاجتماعي ويشير إلى اشتراك ذوى الإحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في الأنشطة غير الأكاديمية مثل اللعب والرحلات والتربية الفنية.

٣-التكامل المجتمعي ويعني إتاحة الفرصة للمتخلفين عقليا للحياة في المجتمع بعد تخرجهم من المدارس أو مراكز التأهيل بحيث نضمن لهم حق العمل والاعتماد على أنفسهم بعد الله قدر الإمكان .

وعموما فالدمج هو اتاحة الفرص للاطفال المعوقين للانخراط في نظام التعليم الخاص كاجراء للتاكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم و يهدف الى الدمج بشكل عام لمواجهة الاحتياجات التربويه الخاصه للطفل المعاق ضمن اطار المدرسه العاديه ووفقا لاساليب

ومناهج ووسائل دراسيه تعليميه ويشرف على تقديمها جهــاز تعليمــي تربوى متخصص .

مميزات وأهمية الدمج

- يركز الدمج على خدمة ذوي الاحتياجــات الخاصـــة فـــي بيئـــاتهم والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة .

- يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن مـــن ذوي الاحتياجـــات الخاصة .

- يساعد الدمج في تخليص أسر الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من الشعور بالذنب والإحباط والوصم .

- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامـــة من مدراء ومدرسين وطلبة وأولياء أمور وذلك من خلال اكتشاف قدرات وإمكانات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تتاح لهم الظروف المناسبة للظهور .

- الصداقة غالباً ما تنـــشئ وتنمـــو بـــين الأطفـــال العـــاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة داخل مشروعات الدمج والتي لا يتـــوفر لهـــا المناخ المماثل في مؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة فقط .

- دعم النشاط الموسيقى .

- تقديم الخدمات الخاصة والمساندة للأطفال من غير ذوي الاحتياجات الخاصة .

- يساهم الدمج في إعداد ذوي الاحتياجات الخاصة ويؤهلهم للعمل والتعامل مع الآخرين في بيئة أقرب إلى المجتمع الكبير وأكثر تمثيلاً له.

فوائد ومردود الدمج على ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة :

- تحسن مفهوم الذات.
- زيادة الدافعية.
- زيادة الثقة بالنفس.
- تطور التفاعل الاجتماعي.
- تحسن في المستوى الاكاديمي.
- تكوين الصدقات.
- زيادة الحصيلة اللغوية.
- تحسن مستوى التعاون.

- تحمل المسئولية.
- تحسن المهارات الاستقلالية.
- انجاز المهمة.
- تعديل السلوك.

الانعكاسات غير المرغوب فيها على ذوي الاحتياجات الخاصة :

- الإحباط.
- العدوان.
- الهروب.
- الخوف من المدرسة وكراهيتها.
- الانطواء.
- العناد والعصيان.
- الفشل.
- السرحان.

انعكاسات الدمج على الأطفال العاديين :

- تقبل الآخرين.
- احترام ثقافة الأخر.
- الزيادة في تقبل الفروق الفردية.
- زيادة تحمل المسئولية.
- المبادرة في تقديم المساعدة.
- زيادة الوعي الصحي.

أنواع وأشكال الدمج في مدارسنا

أ- الدمج الكلي (التربوي) :

ويقصد به دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للطلاب العاديين ، ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها نظيره العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة لمقابلة الاحتياجات التعليمية الخاصة للأطفال .

ب - الدمج الجزئي (جزء من الوقت) :

ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية العادية وذلك

بوضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من الوقت يوميا ، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم في فصل مستقل أوعدة فصول خاصة ليتلقوا مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة .

ج- الدمج الاجتماعي :

وهو أبسط أنواع وأشكال الدمج حيث لايشارك الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية وأنما يقتصر على دمجه في الأنشطة التربوية المختلفة مثل (التربية الرياضية، التربية الفنية، أوقات الفسح، الجماعات المدرسية، الرحلات ، المعسكرات وغيرها) ، وبالتالى تقتصر مشاركتهم مع أقرانهم العاديين على الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة في الأنشطة الرياضية والفنية والرحلات .

أساليب وطرق الدمج

الفصول الخاصة :

وهي فصول بالمدرسة العادية يلحق بها ذوي الاحتياجات الخاصة في بادئ الأمر مع إقامة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسي.

غرفة المصادر :

وفيها يتلقى ذوي الاحتياجات الخاصة مساعدة خاصة بصورة فورية بعض الوقت حسب جدول ثابت بجانب وجوده في الفصل العادي .

الخدمات الخاصة :

ويقدمها معلم متخصص يزور المدرسة العادية من ٢-٣ مرات أسبوعيا لتقديم مساعدة فردية منتظمة في مجالات معينة لبعض ذوي الاحتياجات الخاصة .

المساعدة داخل الفصل :

حيث يلحق الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل.

المعلم الاستشاري :

حيث يلحق الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي ويقوم المدرس العادي بتعليمه مع أقرانه العاديين، ويتم تزويد المعلم بمساعدات عن طريق المعلم الاستشاري ، وهنا يتحمل معلم الفصل العادي مسئولية، إعداد البرامج وتطبيقها.

اتجاهات سياسة الدمج

هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية نحو سياسة الدمج وهي كالتالي :

- **الاتجاه الأول:**

وأصحاب هذا الاتجاه يعارضون بشدة فكرة الـــدمج ويعتبـــرون تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مدارس خاصة بهم أكثر فعالية وتحقق الفائدة المرجوة من البرامج التدريبية المقدمة لهم .

- **الاتجاه الثاني:**

فأصحابه يؤيدون فكرة الدمج لما له من أثر في تعديل اتجاهات المجتمع السلبية نحو ذوي الحاجات الخاصة والتي تنعكس على الطفـــل ذاته وطموحه ودافعيته وعلى الأسرة والمدرسة والمجتمع بشكل عام.

- **الاتجاه الثالث:**

حيث يميل أصحاب هذا الاتجاه نحو الاعتدال حيث لا يفـــضل برنامج عن الأخر، بل يرون أن هناك فئات ليس من السهل دمجهم بل يفضل تقديم الخدمات الخاصة بهم من خلال مؤسسات خاصـــة، وهـــذا الرأي يؤيد فكرة دمج ذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة في المدارس العادية، ويعارض فكرة دمج الأطفال ذوي الإعاقـــات الـــشديدة جـــدًا ومتعددي الإعاقات.

ومن خلال هذه الاتجاهات فإن الاتجاه المناسب هو الاتجاه الثالث، حيث أن برامج الدمج يجب أن تراعي نوع الإعاقة واحتياجات الطفل ومدى شدة الإعاقة، وبناء عليه يتم اتخاذ القرار لعملية الدمج أم لا

شروط ومتطلبات الدمج الناجح

- نوع الإعاقة : حيث يجب أن يراعى نوع وشدة الإعاقة قبل البدء بعملية الدمج ومعرفة الاستعداد النفسي للمعاق المراد دمجة .
- التربية المبكرة : بحيث يجب أن تسبق عملية الدمج لذوي الاحتاجات الخاصة تربية مبكرة من الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل (الكلام ، الحركة ، التنقل ، الأعتماد على نفسة في الأكل) .
- إعداد معلمي المدارس العادية : ينبغي تدريب معلمي المدارس العادية على كيفية التعامل التربوي مع ذوى الأحتياجات الخاصة وكيفية التعامل مع المواقف السلوكية.
- عدد الطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصل العادي : يفضل ألا يتجاوز عدد الطلاب المراد دمجهم في الفصل العادي عن طالبين .
- الفصل : يجب أن يكون حجم الفصل مناسب وذلك لحرية الحركة وممارسة أي نشاط داخلة ، إضافة إلى التهوية ، الاضاءة ، المخارج .
- مرافق المدرسة الأخرى .

- غرفة المصادر ، والخدمات المساندة .
- الخطة ، الجدول ، المنهج ، التقييم .
- تنمية الاتجاهات الايجابية نحو الدمج .
- إسلوب التدريس التعاوني .
- اتقان البرنامج الفردي ، تخطيطة وتنفيذة .
- التنوع في الأنشطة لكي تسمح بمشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة .
- مشاركة الأسرة وتفعيل دورها .
- ايجاد القرين التعليمي .
- أن تتم بصورة تدريجية ومدروسة دراسة وافية ومسبقة .

ومن الشروط الأخرى للدمج :

- أن يكون المعاق على درجة من التكيف النفسى والانفعالى حتى يستطيع الاندماج مع الطلاب العاديين في المدرسة.
- تهيئة المدرسة بداية بالمدير والمعلمين و الأخصائى الاجتماعى والنفسى، والطلاب العاديين.
- اختيار الحالات القابلة للدمج حيث ان هناك الكثير من الحالات لا يمكن دمجها مثل حالات(التوحد ، والاضطرابات السلوكية الحادة، و الصرع، وصعوبات النطق الشديدة) وغيرها من الحالات التي لا يمكن دمجها .

• توفير جميع الإمكانيات والاحتياجات المادية والفنية والوسائل التعلمية للبرنامج .

• توفر الكوادر البشرية من (معلمين – أخصائيين نفسيين – مدربين نطق).

• عدد الطلاب من ذوى الاحتياجات الخاصه فى الفصول العاديه: يفضل الا يتجاوز عدد الطلاب المراد دمجهم فى الفصل العادى عن طالبين

• اتقان البرامج الفرديه وتخطيطها قبل تنفيذها بالإضافة للتنوع فى الانشطه.

متطلبات إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة في العملية التعليمية

١. تبنى سياسات واجراءات تسمح لكل الأطفال بالمشاركة فى الأنشطة والاستفادة من الخدمات .

٢. امداد الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم بالخدمات الداعمة من أجل دمج هؤلاء الأطفال واستمرار هذا الدمج .

٣. إعطاء الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فرصا للتعبير عن رغباتهم فيما يتعلق بالتعليم الذى يتلقونه ، ولأسرهم الحق فى أن يستشاروا بشأن أنسب أشكال التعليم لأبنائهم .

أهم المشاكل التي تعوق إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة في المجتمع تتمثل في :

١. حرمان ذوى الاحتياجات الخاصة من الدراسة بسبب صعوبة حركتهم.

٢. عدم عناية بعض أولياء أمورهم بقضية تعليمهم .

٣. نقص خدمات التوجيه والإرشاد النفسي لتدريب ذوى الاحتياجات الخاصة .

٤. عدم توفر أماكن العمل المناسبة لذوى الاحتياجات الخاصة.

٥. عدم توفر فرص مواصلة التعليم لمن يريد منهم .

٦. عدم اتخاذ اللازم للتسهيل على ذوى الاحتياجات الخاصة في ارتياد الأماكن العامة .

الأجراءات التي تسبق عملية الدمج في المدرسة

١. أختيار المدرسة .

٢. تهيئة الإدارة المدرسية وتوضيح الهدف من الدمج وتعريفهم بنوعية الإعاقة وطبيعتها .

٣. تهيئة العاملين من مدرسين وعمال وتعريفهم بالإعاقة .

٤. تهيئة الطلاب العاديين .

٥. أزاله العوائق التي يمكن أن تحول دون مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة المدرسية .

٦. تهيئة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة للدمج .

٧. الأختيار المناسب للعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة من أخصائيين ومعلمين (أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعى، أخصائي عيوب نطق، معلم تربية خاصة، معلم تربية فنية، معلم تربية بدنية).

٨. وضع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول المناسبة .

٩. توفير الوسائل المعينة .

١٠. توفير وسائل الأمن والسلامة .

١١. ايجاد قناة اتصال (الخدمات المساندة ، الوالدين) .

فعملية دمج الطالب في الفصل أو المدرسة لابد له من توفر العناصر التالية :

- الإدارة المدرسية. - المعلمون. - الكوادر البرنامجية.

- الوالدين (الأسرة). - البيئة المحلية.

سلبيات الدمج التعليمى

إن الدمج سلاح ذو حدين فكما أن له إيجابيات كثير فإن له بعض السلبيات أيضا وهو قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات:

١. قد يشعر الطفل ذو الحاجات الخاصة بالعزلة إذا لم يحصل على فرصة للتفاعل بشكل مناسب مع الأقران العاديين.
٢. قد يصاب الطفل بالإحباط في حالة استخدام التحصيل الأكاديمي كمعيار أوحد لتقييم أدائه في الفصل العادي.
٣. قد يفقد الطفل ذو الحاجات الخاصة الاهتمام الفردي الذي يحصل عليه عادة في المدارس الخاصة في الفصول الخاصة.
٤. قد لا تجد أسرة الطفل ذو الحاجات الخاصة دعماً من أسر أخرى تعاني من نفس الوضع ، حيث أن معظم الأطفال في صفوف الدمج عاديون ولا يشتركون مع الطفل الخاص في حاجاته الخاصة.
٥. قد يصاب الطفل ذو الحاجات الخاصة بالإحباط إذا ما تعرض لضغط من أسرته لتحصيل أداء ومستوى ساد للأقران العاديين في الفصل العادي.

٦. إن عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيدا في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى إفشال برامج الدمج مهما تحققت له من إمكانيات .

٧. قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وباقي طلبة المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والعلامات كمعيار أساسي وقد يكون وحيدا في الحكم على الطالب .

٨. إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوافرا في مراكز التربية الخاصة .

٩. قد يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني فقط ، الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الطلبة وباقي طلبة المدرسة العادية لتخفيف من العزلة .

١٠. قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات خاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعوق وإمكانياته حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم في حين أن الطفل المعاق يحتاج إلى

تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منـــه ولـــيس مقارنـــة مـــع أداء المجموعة الصفية .

وبناء على ما جاء في هذه الأبعاد المختلفة لإيجابيات وســلبيات الدمج نستطيع القول بأن الدمج هو إجراء تربوي متطور للأطفال ذوي الحاجات الخاصة إذا ما أخذ بعين الاعتبار كل العوامل والعناصر الهامة لنجاح تطبيقه. كما أنه من المهم أيضاً دراسة كل الاحتمـــالات الـــسلبية التي قد تبرز قبل بداية تطبيقه لتجنبها قدر المستطاع إن أمكن.

وهناك ثلاثة أسباب لتبني النهج الدمجي في العملية التعليمية :

- إن من حق الأطفال أن يتعلموا معاً. ومن حقهم ألايمارس ضدهمَ أي تميي أو اقصاء أوعزل بسبب إعاقاتهم أو بسبب صعوبات تعليميـــة يواجهونها.

- إن تبني النهج الدمجي أثبت كفاءته في رفـــع متوســـط التحـــصيل المدرسي واكتساب المهارات الاجتماعية.

- إن العزل يعلم الأطفال الخوف من بعضهم من البعض بينما الـــدمج يكسبهم القدرة على بناء الصداقات والاحترام المتبادل ويعدهم معـــاً للإنخراط في الحياة العامة بروح التعاون.

وحين نشرع في تطبيق الدمج فأنه يجب أن تكون عملية التطبيق في الجوانب التالية:

١- طابورالصباح

يكونوا ضمن طلاب المدرسة بصفوف متوازية وذلك من خلال وضع الصف الأول ومعهم طلاب الصف الأول من برنامج الدمج وكذا بقية الفصول ، ولكن يجب على معلمي التربية الخاصة التفاعــل مــع طابور الصباح في الوقوف بين الصفوف لطلاب التربية الفكرية

٢- الإذاعة المدرسية

يشاركون بفقرات مع زملائهم (قرآن- أناشيد- حديث- كلمة ..) ويجب أن لا نبخس المعاق حقه في هذا الجانب ولا نــنقص منــه بــل نعطيه الثقة بنفسه أولا ونعوده علي الوقوف أما زملائه على أن نختار الطالب الذي لديه قدرات على الإلقاء وسلامة النطق وقدرة على الحفظ.

٣- الفسحــة

يشارك الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة زملائهم في الخــروج سويا إلى الفسحة وفي فناء المدرسة وحين الاصــطفاف للــشراء مــن المقصف المدرسي وفي ذلك تطبيق للدمج الاجتماعي . على أن يقــوم بالإشراف اليومي معلمين اثنين أو كما تراه المدرسة واحد من التربيــة الخاصة والآخر من المدرسة

٤- أنشطة المدرسة الداخلية

أ) الحفلات.

ب) جماعات الأنشطة (التوجيه والإرشاد الطلابي - الإذاعة المدرسية - الدينية - النظام - الكشافة وغيرها من الأنشطة الأخرى التي تنفذ في المدرسة يشركون فيها جنبا إلى جنب مع زملائهم العاديين.

٥- أنشطة المدرسة الخارجية

أ) الرحلات والزيارات (ترفيهية أو تعليمية)

تعتبر هذه من افضل الأنشطة التي يتم من خلالها تطبيق التفاعل الاجتماعي بينهم وبين أقرانهم العاديين ويمكن أن نخرجهم طابوراً واحداً ويجلسوا بجانب بعضهم البعض (طالب معاق وبجانبه عادي) وهذا ينطبق على ممارسة النشاط الترفيهي (اللعب) أو التجوال أثناء الزيارات وغيرها .. مع متابعة دقيقة من المشرفين على الرحلة لتفعيل هذا النظام حتى يصبح هذا الأمر طبيعياً و مع مرور الوقت تكون علاقة قوية فيما بينهما .

ب) احتفالات المجتمع الخارجي

نشركهم في الأنشطة التي تنظم على مستوى المدينة التي يعيش فيها (رياضية احتفالية أو ثقافية أو أنشطة السياحة ...) وهذا النـــشاط يحتاج جهد كبير من العاملين في المدرسة بالتنسيق مع الجهات الأخرى وبناء علاقة قوية على أن يكون ذلك المنسق للأنشطة لديه القدرة علـــى الإقناع بهذه الشريحة واثبات حقها كأحد أعضاء المجتمع الذي يفترض أن يتمتع بأنشطته مثله مثل العاديين .

إعداد آلية لعملية الدمج :

لاشك أن كل عمل أو برنامج جديد في البداية يواجه عوائق قد تعيق تقدمه ولذا لابد من وضع آلية تساهم في تفعيلة وتطويره نحـــو الأفضل وعلى ذلك فلابد من آلية لـــدمج ذوى الاحتياجـــات الخاصـــة و تشمل هذه الآلية الإجراءات والخطوات التالية:

الجزء الأول

- تحديد أهداف وشروط برنامج الدمج.
- تحديد إجراءات التنفيذ.
- تحديد إجراءات تقييم البرنامج والتغلب على المشكلات الطارئة.

الجزء الثانى

أما ما يتعلق بالجزء الثاني من الآلية يعمل على تصحيح وتعديل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة وذوى الاحتياجات الخاصة و هذا الجانب يشكل عائق أمام نمو البرامج وتطورها ، لذا فيجب عمل الآتي :

- عمل دراسة عن واقع الاتجاهات نحو ذوى الاحتياجات الخاصة .
- إجراء دراسات ميدانية تساعد في وضع الخطط والبرامج المستقبلية التي تهدف الى تعديل الاتجاهات نحو ذوى الاحتياجات الخاصة .
- تعديل الاتجاهات السلبية وتصحيح المفاهيم الخاطئة نحو ذوى الاحتياجات الخاصة في إطار منهجي ميداني باستخدام الوسائل المرئية والمسموعة والمقروءة .
- توجيه القائمين في مجال التربية الخاصة إلى استخدام الإعلام كأداة لتعديل الاتجاهات نحو ذوى الاحتياجات الخاصة سواء بالنسبة لأسر ذوى الاحتياجات الخاصة أولأقاربهم أولأفراد المجتمع بصورة عامة
- التوسع في فتح برامج الدمج في مدارس التعليم العام ومتابعة هذه البرامج وتطويرها .

وتعتبر هذه العوامل ذات الأثر الفعال في نمو وتطوير البرامج الخاصة فهي تلعب دورا أساسي في التنشئة الاجتماعية والثقافية بمرور

الوقت وبذلك نستطيع تحقيق النمو والتفاعل الإيجابي لأبنائنا ذوى الاحتياجات الخاصة مع مجتمعهم وذلك وفق الخطط المرسومة والمنظمة التي سخرتها الدولة طبقا لسياستها التعليمية العامة للمجتمع وموارده وتعبر عما وصل إليه من حضارة وبقدم .

وذلك على اعتبار أن عملية الدمج استراتيجية ضمن التنمية المجتمعية (المرتكزة إلى المجتمع المحلي) ، تهدف الى التأهيل وتساوي الفرص والدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الاعاقات ، وهو قابل للانجاز عبر تضافر جهود الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم ومؤسسات الخدمات الملائمة من صحية وتعليمية وخدمات التأهيل المهني وخدمات الرعاية الاجتماعية ، وتتميز هذه الاستراتيجية بأنها قامت تعليما بصورة ملائمة ولبت متطلبات حقوق الإنسان ، كما أثرت على الاتجاهات والمواقف .

وهناك فرق رئيسي بين الإدماج والدمج في أن الإدماج يسعى إلى حث الطفل على اكتساب المهارات اللازمة كي يؤهل للإندماج في المجتمع (أي تشكيل الطفل بشكل ملائم يساعده على قبول المجتمع إياهم) .

أما الدمج فيعترف بالفروق الفردية والاختلافات التي تنتج عن عوامل كثيرة (منها تفاوت الأعمار والنشأة الاجتماعية والاختلافات العرقية والإثنية، والإعاقات).

ويحث المجتمع إلى أن يتقبل كل أفراده بدون تمييز والى خلق مناخ مناسب لكل الأطفال كي يعدوا لحياة يعيشونها كأفراد فاعلين في مجتمعاتهم، وذلك عبر مناهج مرنة تلائم احتياجات كل الأطفال وتساعد على تطوير قدراتهم، وعلى تطوير مواقف واتجاهات ايجابية .

كما أن الدمج ليس مسألة موقف فقط، فالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يحتاجون إلى تلقي التعليم المناسب والملائم الذي يسمح لهم بتطوير قدراتهم ، يحتاجون إلى قدوة من كبار معوقين ، ومن هنا فإن وجود معلمين معوقين أمر إيجابي ، كما أن اشتمال جميع مواد المناهج على صور إيجابية عن أطفال وكبار معوقين ضروري.

دور الأخصائى الاجتماعى فى برامج الدمج

يعتبر الاخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في برامج رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ففى برامج الدمج يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يسهم فى إنجاح عملية الدمج من خلال الآتي :

•تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والاحصائيات الموجودة .

مثال: حصول الاخصائي على معلومات بخصوص وجود عزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في أنشطة الدمج والتأهيل المجتمعى.

• تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك قضية الدمج و التعامل معها باعتبارها مشكلة مجتمعية كالتالي:

أ) يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل كخبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل العرض والتأثير، على أن يكون حريصا على دعوة سكان المجتمع الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشاركاً .

ب) يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ويعرض مشكلاتهم، حيث من الممكن أن يعمل الاخصائي على تدعيم العلاقة مع مؤسسات المجتمع الترفيهية والرياضية والاجتماعية و مدارس التعليم العام ، ونجد أن الاخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة ، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة .

ج) تفعيل مشاعر المجتمع والأراء حول الإعاقة من خلال المبادرات الفعالة مثل الندوات والملصقات وتفعيل الخطاب الدينى واالخطاب الإعلامى.

المراجع المستخدمة

- إبراهيم القريوتي ، الدمج التربوي لذوي الإعاقة العقليــة البـسيطة . الملتقى الثاني للجمعية الخليجية للإعاقة ، الكويت ، ١٩٩٦.
- إيـمان فؤاد محمد كاشف " فعالية برنامج للأنشطة المدرسـية فـي إدماج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (عقليا ـــ سمعيا) مع الأطفال العاديين"، المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفـسي، جامعــة عـين شمس : مركز الإرشاد النفسي ، 1999 .
- تهانى محمد عثمان ، أنماط رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عقليًا وعلاقاتها باتجاهات معلميهم نحوهم فى إطار الدمج ، المــؤتمر الدولي السادس، تأهيل ذوي الاحتياجــات الخاصــة: رصــد الواقــع واستشراف المستقبل ، معهد الدراسات التربويــة، جامعــة القــاهرة، في الفترة من ١٦ – ١٧ يوليو ٢٠٠٨ م
- حسين بشير محمود، حول تعليم ودمــج الأطفــال ذوى الاحتياجــات الخاصة فى مدارس التعليم العام ، المؤتمر الدولي السادس ، تأهيــل ذوي الاحتياجات الخاصة: رصد الواقع واستشراف المستقبل، معهــد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة، في الفترة من ١٦ – ١٧ يوليــو ٢٠٠٨ م.
- رمضان محمد القذافي ،"سيكولوجية الإعاقة"، ليبيــا :الــدار العربيــة للكتاب، 1988 .
- زيدان السرطاوي، عبد العزيز الــشخص، الــدمج الــشامل لــذوي الاحتياجات الخاصة. مفهومه وخلفيته النظرية. مكتبــة دار الكتــاب الجامعي، العين، ٢٠٠٠.

▪سالم بن علي المهيري ، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل ، قطر : المجلس الأعلى لشئون الأسرة ، ٢٠٠٨
▪سحر أحمد الخشرمي، المدرسة للجميع، دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، جامعة الملك سعود، الرياض، 1421هـ-2000م .
▪صالح عبد الله هارون ، تدريس ذوي الاعاقات البسيطة في الفصل العادي .دار الزهراء ، ٢٠٠٠
▪صلاح حسن الموسى (١٤٢٢) . دمج ذوي الإعاقة الذهنية في مدارسنا. بحث غير
▪صلاح عميرة . الدمج التربوي للمعاقين عقلياً بين التأييد والمعارضة . الملتقى الثاني للجمعية الخليجية للإعاقة ، الكويت ، ١٩٩٦
▪عبد الرحمن سيد سليمان ، سميرة محمد شند ":اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو إدماج المتخلفين عقليا في فصول خاصة ملحقة"، مجلة كلية التربية، العدد 22، الجزء الرابع ،جامعة عين شمس: مكتبة زهراء الشرق ، 1998.
▪عبد العزيز عبد الجبار، ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي . البحرين /٢-٤ مارس ١٩٩٨ .
▪غانم بيبى ، فريد أنطون ، دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى برامج الطفولة المبكرة: المفاهيم والاحتياجات والتحديات، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع ، لبنان ، 1998. .
▪فاروق الروسان ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة، عمان، الناشر جمعية المطابع التعاونية ١٩٨٩.

▪فاروق الروسان، قضايا ومشكلات في التربية الخاصــــة. دار الفكـــر. عمان ، ١٩٩٨.
▪فاروق محمد صادق. من الدمج الى التآلف والاستيعاب الكامل. نـــدوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلـــس التعـــاون الخليجي . البحرين /٢-٤ مارس ١٩٩٨ .
▪فريد أنطون، د. إندو بالاغو بال وغانم بيبي ، دمـــج الأطفـــال ذوى الاعاقات والاحتياجات الخاصة فى برامج الطفولة المبكرة : المفـــاهيم والاحتياجات والتحديات ، بيروت : ورشة الموارد العربية للرعايـــة الصحية وتنمية المجتمع ، ١٩٩١
▪الهام احمد كلثوم: "العمل مع الأسرة"، الإسكندرية، كاريتاس مـــصر، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية ، 1996، ص. 18
هانى محمد عثمان ، أنماط رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عقليًا وعلاقاتها باتجاهات معلميهم نحوهم فى إطار الدمج ، المـــؤتمر الدولي السادس ، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصـــة: رصـــد الواقـــع واستشراف المستقبل ، معهد الدراسات التربويـــة، جامعـــة القـــاهرة، في الفترة من ١٦ - ١٧ يوليو ٢٠٠٨ م
▪ Flagg-William، John B. and others " :Leavening to See the World Through the Eyes of Persons with Mental Retarded،"Poster presented at the annual meeting of the American association on mental retardation]U.S.A: Washington ،June 1993.
▪ Sauter ،Jennifer، Franklin Cynthia" :Assessing Post- Traumatic Stress :Disorder In Children: Diagnostic and Measurement Strategies[،"U.S.A.،Texas ،Journal of Research on Social Work Practice، Vol.8، May 1998-.
▪ Schreiber Mayer ": Association For the Help Of Retarded Children]،"N.Y; Keen Coll OF New Jersey، School of Social Work،1983.

الفصل السابع

دور الأسرة مع الأطفال شديدى الإعاقة

دور الاسرة مع الأطفال شديدى الإعاقة :

الأسرة هى وحدة المجتمع الأولى وخليته الأساسية وسواء كانت الأسرة ممتدة بمعنى أنها تضم درجات من القرابة بين أفرادها أم الأسرة النووية التى تضم درجة أو درجات محدودة من القرابة بين أفرادها كالدرجة الأولى بين الأب وابنه. فإن للأسرة وظيفة اساسية بعد الإنجاب هى وظيفة التنشئة الاجتماعية والثقافية Socialization وذلك بجانب الوظيفة العاطفية والاقتصادية ضمن الوظائف الأخرى التى تتولاها لأفرادها وباعتبارها وحدة المجتمع الأساسية وخليته الأولى .

إن أول من يواجه صور الإعاقة ويتعرف على آثارها وتأثيرها وتؤثر على عواطفه واتصالاته هى الأسرة التى يوجد بها فرد معوق . والرعاية الأسرية للطفل بوجه عام والمعوق بوجه خاص تحتاج الى مزيد من الارشاد والتوجيه وخاصة فيما يتعلق بالموضوعات الآتية :

١- التعرف على أنواع الإعاقة .

٢- طرق الإكتشاف المبكر للإعاقة .

٣- أساليب مواجهة الإعاقة .

٤- تعديل المفاهيم نحو المعوق .

٥- التوجيه والتنمية الأسرية للمعوق .

وسوف نتناول دور الأسرة العربية فى حالات :

١- القصور الذهنى التام .

٢- الرومونويد المتأخرة .

٣- نزف الدم (الهيموفيليا) المتأخرة .

٤- الشلل المخى الكلى .

٥- النوبات النفسية الحركية (الصرع) .

حيث أن هذه الحالات تجد صعوبة تامة فى الحصول على خدمات التأهيل من مصادره فى المؤسسات والمراكز ومكاتب التأهيل. إذ أن حالات القصور الذهنى التام مثلا لايوجد لها مكان للرعاية داخل مدارس التربية الخاصة كما لاتجد قبولا بمؤسسات التثقيف الفكرى التى ترعى الفئات القابلة للتأهيل .

لذا فإن المجال الوحيد أن يوضع فى دور الإستشفاء العقلى بالرغم من أن الضعف العقلى علميا هو حالة وليس مرض ولكن الذى يحتاج منه إلى الاستشفاء هو فقط الأعراض المرضية التى قد تصاحبه .

كما أن حالات الهيموفيليا أو نزف الدم التى تحصل على الرعاية بالتوجيه الطبى من المصادر الخاصة لاتجد مجالا للتأهيل حيث تعوقها التشريعات للحصول على ممارسة التأهيل بكل خطواته وتحجب عن هذه الحالات فرص الإندماج التأهيلى .

الأمر الذى يحتاج إلى الأسرة فى رعاية هذه الحالات وخاصة تعاون الوالدين والأشقاء إذ أن ظهور حالة من هذه الحالات الشديدة العجز فى الأسرة يسبب صعوبات اجتماعية ونفسية بالغة لأفرادها مما قد تواجهه بإحدى الأساليب الآتية :

١- الإنكار:

قد تنكر الأسرة وجود الفرد المعوق بها. وتسعى أن تنكر وجود أشقاء أو ابناء غير الأصحاء فيها وذلك ربما لنظرة مستقبلية لأفرادها. إن إنكار وجود المعوق يؤثر عليه نفسيا واجتماعيا حيث يشعر بصعوبة الثقة في النفس، والتباعد ، واكتئابية بما ينعكس على سلوكه الفردى فى عدم العناية حتى بالمظهر العام وبصورة الذات لديه مما يؤدى إلى الإنسحاب المتوقع حول الذات وقد ينعكس الإنكار على المعوق فى الرغبة فى أن يظهر ذاته بوضوح فى المجتمع مما يكون له آثار خاصة على الأسرة المنكرة بما ينجم عنه رغبة فى التخلص والعمل على الإبعاد والإخفاء .

٢- الإبعاد :

حيث يحاط وجود المعوق فى الأسرة بالسرية المطلقة فإن الأسرة قد تلجأ الى إبعاد المعوق عن مخيط ومجال الأسرة. وذلك بإنكار وجوده أو إيداعه فى احدى المؤسسات بقطر خارجى أو مدينة بعيدة أو ايداعه فى إحدى المراكز الطبية المتخصصة أو مراكز الإيواء وذلك بغرض عدم نسبته إلى أفرادها .

٣- الإخفاء :

وقد يصل الأمر إلى إخفاء وجود المعوق ، بل قد تنجب الأم إبنا آخر ويمنح نفس الإسم حتى يظهر الشقيق السليم بدلا من المعوق إذعانا من الأسرة لكمال الإخفاء وعدم الاعتراف بوجود هذا الفرد .

وقد تلجأ بعض الأسر إلى اخفاء المعوق في إحدى الحجرات المهجورة بالمنزل مما يصعب للغرباء معرفة وجوده بل ربما إلى المقربين في الأسرة. .

٤- الإلتجاء إلى الشعوذات :

فقد يلجأ الوالدان إلى معالجة الحالة بالبحث عن المشعوذين أحيانا أو أعمال السحر والصرف على المعوق بجنون في مجالات غير علمية، واتخاذ الوصفات الشعبية شعارا لعلاج المعوق والإستغراق في ذلك .

٥- الإهمال :

قد تلجأ الأسرة مباشرة أو بعد أن تنفذ محاولاتها العلاجية والتأهيلية في إهمال المعوق وعدم تقبل رغباته واحتياجاته والنظر إليه على أنه ثقل زائد على الأسرة وأفرادها .

٦- الحماية الزائدة :

تهتم الأسرة بالمعوق اهتماما زائدا حتى تخشى عليه من التعرض إلى أى صعوبة قد تواجهه ومزيد من حمايته أضعاف مايستحق وبالتالى لايقدر على رفع الصعوبات أو التدريب على رفع الصعوبات ومعالجتها. مما يفقده القدرة على تحمل المسؤلية وعلى العناية بالذات أو حماية الذات .

٧- البحث عن مجال التوجيه والتأهيل :

حيث يقبل الوالدين على السؤال عن الإعاقة وطرق التعامل معها والبحث عن المعلومات الصحيحة وتصنيفها وتقيمها وتطبيقها على حالة المعوق. كما تظهر لدى الوالدين الرغبة الأكيدة في عمل ما لمساعدة المعوق . ...

... وحيث ان الأسرة هي المؤسسة والمركز والملجأ الأول للفرد المعوق بوجه عام والمعقد شديدى العجز بوجه خاص. فإن اعداد الأسرة لمواجهة شديدى الإعاقة يساهم في عديد من المكاسب للأسرة وللمعوق. إن

إعداد برنامج توجيهي وإرشادى للأسرة لمواجهة تقبل وتوجيه وتعديل وتأهيل شديدى العجز من الضروريات الهامة لوضع المؤثرات الفنية الواجبة فى تأهيل هذه الحالات .

أولا : الأسرة والقصور الذهنى التام :

تقبل مراكز ومؤسسات التأهيل الفكرى وفصول التعليم الخاص المدرسية حالات القصور الذهنى Mental retarded من فئة المتوسط والبسيط القابلة للتعلم والتأهيل وذلك بغرض إدماجها فى برامج خاصة مستمرة داخل الدور بهدف تنمية المهارات السلوكية والتحصيلية والفنية والمهنية والاجتماعية والنفسية وذلك بهدف إكساب المعلومات التربوية التى تسانده فى التعرف على لغة التعامل مع الآخرين وفهم التعليمات والمعلومات والاحتفاظ بالمفاهيم والمعلومات والتدريب على التذكر اللفظى والعددى والمكانى واكتساب مفاهيم الإندماج مع الأفراد والأعداد وطرق التعامل المالى فى عمليات الشراء والبيع وإكسابه الحيطة فى التعامل والتعرف على الأشياء وطرق التداول والتبادل وبالتالى زيادة اهتمامه بالذات وثقته فى النفس والاتزان الإنفعالى والاجتماعى والنفسى هذا بالإضافة إلى إتقانه مهنة تمكنه أن يجد مجالا للعمل فى الحياة اليومية .

إن تنفيذ هذه الأهداف فى المركز بعيدا عن الأسرة وتواجدها يضيع الكثير من الجهد حيث أن المعوق ذهنيا يحتاج إلى التكرار والإستمرارية فى تلقى التعليم والتوجيه .

الأمر الذى يحتاج الى ضرورة تدريب الأسرة على أساليب التعامل مع المعوق ذهنيا وذلك العمل على الإرتقاء بالمستوى الأدائى السلوكى الفردى والاجتماعى والنفسى .

وفى الجانب الآخر أن فئة شديد الإعاقة الذهنية أى حالات القصور العقلى التام التى لاتجد مجالا للرعاية داخل مراكز ومؤسسات التأهيل الاجتماعى وفصول التعليم الخاص فإن تدريب الأسرة على

طرق التعامل معهم يوجد الكثير من الحلول إلى هذه الفئة المحرومة من الرعاية والمهملة والتى يرغب فى التخلص منها . بأن يقام مركزا تأهيليا للأسرة للتدريب على طرق التعامل مع فئات القصور الذهنى يزيد من ثقافة الأسرة ويوضح لها أساليب خدمة المعوقين ذهنيا بهدف تنمية مهاراتهم وإكسابهم أنماط سلوكية جديدة تعينهم على الإعتماد على الذات والثقة بالنفس والإندماج الإجتماعى . ومن أهم النقاط أن يعطى مقررا تمهيدى باعتباره شرطا أساسيا لكافة المقررات الأخرى ويعتبر استكمال هذا المقرر التمهيدى ضروريا من أجل الحصول على أكبر فائدة من المقررات المتقدمة والتى تعالج مشاكل خاصة وتنمى المهارات.

١- **تفهم متطلبات الطفل المعوق ذهنيا** : نبذة عن مراحل النمو : مقدمة عن تأخر النمو ونتائجه - بحث الصعوبات الخاصة التى تواجهها الأسرة .

٢- **حفز الطفل الرضيع والطفل الصغير المتأخرين تنمويا** : أفكار حول تحديد مستوى استجابة الطفل الرضيع والطفل الصغير والمتأخر وطرق ووسائل تشجيعه للوصول إلى المستوى الأمثل .

٣- **التنمية والأنشطة الحركية**: بالنسبة لهذا المقرر ينبغى على الوالدين احضار طفلهما لتقييمه تحت إشراف اخصائى علاج النمو .

٤- **تنمية مهارات التعبير** : يقوم اخصائى علاج الكلام بمساعدة الوالدين فى فهم سلسلة المهارات المتعلقة بالتعبير وتقدم أفكار حول كيفية تحضير وتشجيع الحالة نحو اللغة .

٥- **اللعب وأدوات اللعب** : يتم مناقشة أفكار حول اللعب وأهمية اللعب لنمو الطفل ودراسة ما يتعلق باختيار واستعمال أدوات اللعب .

٦- **تنمية المهارات** :

أ- القدرة على إطعام الذات .

ب - ارتداء الملابس .

جـ - التحكم فى عمليات الإبراز والبوال .

مناقشة وجيزة عملية فى أبحاث التنمية لمساعدة المتأخر فى النمو على إكتساب المهارات الأكل واللبس والإخراج. ويقدم اخصائى علاج النمو للوالدين توجيهات حول عمل جداول عملية تتعلق بالإحتياجات الفردية لأطفالهم من أجل إكتساب هذه المهارات .

٧- **تناول مشاكل السلوك** : عرض ومناقشة سلسلة مشاكل السلوك المحتمل أن تكون واضحة فى الأطفال المتأخرين فى النمو وبحث الطرق الأدائية فى تعديل مشاكل السلوك .

٨ - **الصحة ، النظافة ، التغذية** : وهــو مقرر موجه للوالدين لمعرفة أسس الصحة العامة والنظافة والتغذية فى رعاية الطفـــل متأخر النمو مع الإهتمام بصفة خاصة بالمشاكل التى يواجـهـها هـــؤلاء الأبناء .

٩- **وقت الفراغ وأنظمة الترويح** : دراسة أهمية تنمية المهارات بالنسبة لوقت الفراغ والترويح عن النفس. أفكار حول الأنشطة المناسبة فيما يتعلق بالاحتياجات الفردية والاهتمام بالمستويات والأعمار المختلفة .

١٠- **تخطيط المستقبل للطفل المتخلف عقليا** : مجموعة مناقشة مع أولياء الأمور لبحث الحالة الراهنة لأطفالهم ونقص الإحتياجات المستقبلية وطرق تلبية هذه الإحتياجات .

ومن أهم النقاط التي يحتاج إليها الوالدين في هذا الصدد :

١ - الوقوف على أسلوب معاملة المعوق ذهنيا من حيث أن المعوق ذهنيا ليس فردا خاملا غير قادر نهائيا للإستجابة ولكن لديه القدرات الخاصة والإمكانيات التى تساعده على تكوين مفاهيم جديدة واكتساب العديد من الانماط السلوكية بالرغم من أن قدراته الخاصة محدودة أو ضئيلة لأقصى ما يمكن سعيا به نحو الوفاء بحاجات المعيشة اليومية من حركة وتناول طعام، واتصال بغيره من خلال التخاطب وغير ذلك .

٢- تعرف الوالدين على أسلوب توجيه المعوق للعناية بمظهره الخاص وملابسه وطرق ترتيب ملابسه مستخدما أسلوب التقليد واكتساب السلوك اليومي بالمحاولة والخطأ دون إظهار العيوب المستمرة ولكن بالتشجيع المستمر لما يبديه المعوق من تقدم سلوكي ولو ضئيل جدا جدا .

وبالتالي يتدرب الوالدين على كيفية إكساب المعوق ذهنيا الإهتمام بمظهره الخارجي ثم بنظافته الداخلية والخارجية ثم بنظافته الشخصية العامة. وذلك بالتدريب على تحديد سلم تدرجي للعناية بالجزئيات حتى الوصول الى الكليات وبالتشجيع لا بالقهر وبالتقليد وليس بالتعذيب مع الاهتمام أن تكون الصعوبات التي قد تصاحب المعوق وتنفيذ التعلم بخطوات بسيطة حتى يمكن أن يتغلب عليها ويحصل على التشجيع المناسب لينتقل إلى المرحلة التالية .

٣- تدريب الوالدين على مفاهيم الأغذية المناسبة للمعوق وطرق اعدادها بما لايفقد فائدتها الغذائية وكيفية تقديم الغذاء للمعوق وتشويقه للطعام والحد من الإسراف في تناول بعض الأغذية الغير ملائمة ثم تدريبه على أسلوب تناول الطعام، والعناية بنظافة اليدين بخطوات تحليلية وبالتالي التدريب للعناية بالأسنان من خلال تحليل المهام والتدريب عليها .

٤- يتدرب الوالدين على كيفية شغل وقت المعوق بالأسلوب البناء وكيفية ابتكار المعينات السمعية والبصرية التي توصل للمعوق المعلومة، إن تدريب المعوق على المساهمة في إعداد وسائل شغل وقته أفيد بكثير من أن نملي عليه الوسائل من الخارج .

ان إعداد ألعاب شغل وقت الفراغ من خامات البيئة يوفر الكثير حيث لايؤثر في اتلاف اللعبة أو إهمالها ويساعد على تجديدها باستمرار.

٥- يوجه الوالدان نحو مواقف إكساب الإبن هواية وذلك بأسلوب

الإثارة والتحفيز نحو أنشطة مهنية مثيرة. إن ابراز النشاط المهنى كهواية للمعوق ويثير انتباهه أفضل من وضع برنامج مهنى ذو خطوات فى بداية تكشف قدراته المهنية وهواياته الفنية - ومن أهم ما يثير المعوق ذهنيا النشاط البسيط الجذاب الهداف والمتحرك .

وإذ يوضع المعوق على أول طريق التعلق بهواية تعزز لديه الهواية بالترغيب والتشجيع للإستمرارية وعدم التسرع فى إظهار الإتقان ولكن يكفى بروز الرغبة فى إكتساب خطوة من المهنة. إذ لايطلب من المعوق نشاط فنى متكامل ولكن جزء من نشاط فنى يثير إنتباهه وينجذب إليه ويمارسه ثم يتآلف معه وبالتالى يتعود على القيام به إلى أن يتعزز لديه ويميل إلى اتقانه ثم يبدأ فى الإنتقال إلى خطوة تالية .

ومن الأفضل أن يعرض على المعوق مجموعة من الأنشطة التى فى حدود قدراته ويمكنه أن يتعامل معها فى يسر وفى حدود امكانياته الذهنية والنفسية والإجتماعية إلى أن يكون الرأى الفردى فى الإهتمام بالمهنة الهادفة من الهواية وتشجيعه وتنمية هذه الهواية لتجد مسارها نحو إكتساب الموقف المهنى .

ويوجه الوالدين إلى عدم التسرع فى الإنتقال من مكسب قليل إلى أكبر إلى حين أن تتخذ المرحلة المهنية التى إكتسبها نمطا سلوكيا وبالتالى ينتقل إلى الخطوة التالية خاصة إذا كانت مشابهة للأولى أو مكملة لها ولاتعطى درجة كبيرة من التعقيد. يجب عدم توقع مزيد من الدقة ومزيد من الإتقان فى بداية الطريق إلى أن يتأكد من إجادة كل خطوة قبل المضى إلى الخطوة التالية. وأن تقديم المكافأة الملائمة للفرد والتشجيع المستمر على نحو ثابت ومباشر له أثر كبير فى التكوين المهنى للمعوق .

٦- يتدرب الوالدان على تقبل المعوق ذهنيا واعتبازه عضوا له درجة من التأثير على الأسرة وليس إبراز للتأثير السلبى فى نظر الأسرة ولكن ابراز الجانب الإيجابى فى العلاقة. إن تغيير مفهوم العجز لدى

الأسرة يساعد الأسرة على فهم معنى الإستقلالية فى حياة المعوق وأثر تكوين مفهوم التكيف الشخصى على الأسرة. إن تدريب المعوق على الاستقلالية والاعتماد الذاتى ولو فى مناشط بسيطة يخفف الكثير من الأعباء الأسرية، وبالتالى يزيد من تقبل الأسرة له .

٧- يتدرب الوالدان على أساليب الترفيه الاجتماعى وأنشطة قضاء وقت المعوق لكى يبعث إليه بالأمل والبهجة والسرور. إن مشاركة الأسرة للمعوق فى الألعاب المسلية والمثيرة والجذابة والمنمية للقدرات وخاصة للإنتباه والتركيز تساعد على إكتساب أنماط سلوكية ومواقف متميزة. لأن محاولة إجادة المعوق إلى بعض الألعاب الثنائية يؤثر على الاخرين وعلى الأفراد بما يجعل المعوق متقبلا من الآخرين .

٨- يتدرب الوالدان على حسن المشاركة الجماعية بإدماج المعوق ليس داخل الأسرة فى الألعاب الفردية فحسب بل ضرورة خروج المعوق إلى المجتمع. الحدائق والمتنزهات تلعب دورا كبيرا فى حياة الفرد وتجدد من نشاطه وتدربه على تقليد الآخرين فى بعض المناشط بأسلوب غير مباشر .

إن تغيير المفهوم لدى الوالدين يعزز رغبتهم فى إدماج المعوق فى زيارات المعارض والأسواق والإندماج فى الواقع الاجتماعى .

إن اشتراك المعوق فى النوادى والساحات الشعبية والمراكز الرياضية والسباحة له أثر كبير لإظهار الذات ويعتبر مكافأة كبيرة لإجادته وتقدمه السلوكى والاجتماعى .

ثانيا : الأسرة وحالات الروموتويد :

يصيب مرض الروموتويد المفصلى الحالات التى تعانى من التهابات روماتيزمية متكررة. علما أن مسببات الروموتويد عديدة منها ما يرجع إلى حالات وراثية ومنها أسباب أثناء الحمل وأخرى أسباب مرضية أخرى .

وقد يتعرض المرضى إلى إصابة جزئية محددة فى أجزاء الجسم

مثل الأقدام أو الأصابع وقد تزداد الأصابة إلى مفاصل الجسم حتى تصل إلى ضعف القدرة على الحركة والإنتقال بل تصل إلى تعطيل القدرة على تداول الأشياء البسيطة وصعوبة حركة المفاصل حتى مفاصل الفكين مما يؤثر على النطق والكلام .

إن الفهم والتوعية للإكتشاف المبكر لهذا المرض يقلل من درجة الإنتشار ويساعد الحالة على مقاومة المرض بفهم الغذاء المناسب والتمارين الرياضية الملائمة والحركة المستمرة المنتظمة والخضوع للإرشادات الطبية واستمرار التحليل الإيقاعى المنتظم .

إن إعلام الأسرة بأسباب التعرض إلى مرض الروموتويد يقلل من الإصابة به إذ أن الوقاية خير من العلاج كما أن الوقاية تساعد على تحديد التعرض للمرض والعمل على الحصانة .

إن فهم الوالدين وتبصرهم بالمتطلبات الإرشادية التأهيلية يمهد إلى التباطؤ فى الوصول إلى حالة الإقعاد والعزلة والإنطواء والإنسحاب من الظهور أمام الأقربين ، والزائرين .

إن إحجام المريض والأسرة من مقابلة الزائرين أو الخروج من المنزل يزيد آثار المرض إذ أن من أولى الإرشادات التأهيلية :

١ - تدريب الأسرة على تقبل حالة العجز وذلك بتقبل المريض نفسيا إن تدريب المعوق على الاعتماد على الذات فى الحركة والإنتقال وتداول الأشياء ومواجهة الصعوبات والتغلب عليها خطوة أولى .

إن اشفاق المجتمع المحيط به عليه والإسراع برفع العقبات المواجهة له يساعده على التواكل والإعتماد على الغير وبطء الإستجابة والحركة مما يزيد من فعل المرض لديه .

٢ - الاهتمام بتعرض الحالة إلى أشعة الشمس مع عدم التركيز المستمر وذلك ليس فى الأماكن المغلقة أو خلف النوافذ ولكن فى المنتزهات وخاصة على شواطىء البحار للتعرض إلى عنصر اليود .

٣ - الإهتمام بتدريب الأسرة للمبادىء الأولية للعلاج الطبيعى

وخاصة التمارين الحركية الصحيحة وطريقة مساعدة المعوق على القيام بها وتكرار التمرين . إن تدريب العضلات الصغيرة والأوتار يساعد فى رفع المستوى الشخصى ويزيد المقاومة للحالة كما أن خضوع الحالة لتوجيه ممارسى العلاج الطبيعى داخل مراكز العلاج الطبيعى أفضل من زيارة المعالج الطبيعى للحالة منزليا. إذ يساعد الحالة للخروج من المنزل والسير لفترة يمهد لتقبل العلاج الطبيعى كما أن داخل مراكز العلاج يوجد أجهزة الشمع والأجهزة الملائمة للتدريبات الحركية التى تساعد فى العلاج .

٤- تجنب عزل المعوق عن المجتمع وذلك بإظهار ما لديه من قدرات ومواهب فنية يمكن أن يبرز تفوقه فيها .

إن التوجيه للعلاج بالعمل مع هذه الفئة يكسبها درجة كبيرة من تقبل الذات والخروج من العزلة والتأهيل التعويضى عن العجز ويتطلب العلاج بالعمل أن تبرز القدرات الخاصة أو المواهب لدى المريض وقد يصل الأمر إلى إعداد الخضر الطازجة أو المحفوظة بالتدريب على نظافتها وإعدادها ثم تكييسها فى قراطيس من البلاستيك وغلقها إن هذه العمليات المتعددة تحتوى على تدريبات للأصابع وحركات مفاصل الجسم وتستند الى قوة حركية عضلية بسيطة ولكن النسبة للمريض هى كبيرة جدا . ومثل هذه الأعمال كثيرة جدا يمكن أن توجه هذه الحالات لها وتصبحوا أفرادا منتجين من خلال العلاج بالعمل .

إن أهداف العلاج بالعمل كثيرة جدا ومن أهمها إظهار الثقة بالنفس والتعويض عن النقص والعمل على نسيان الألم والبعد عن التفكير المتمركز فى الذات وتحقيق الإندماج الاجتماعى فى ظل التنمية الفردية الإجتماعية الشاملة .

٥- تتفهم الأسرة دور المتابعة العلاجية وخاصة التحليل المستمر للدم تحت إرشاد طبيب خاص لتعديل الجرعات العلاجية بما يتناسب مع الحالة وبالتالى تحديد أنواع الطعام الملائم .

٦- يلعب العلاج الجمعى دورا كبيرا فى نجاح هذه الحالات فإن إدماج المريض فى جلسات جماعية يطرح فيها مالديه من صعوبات ويعبر فيها عن ذاته وعن مشاعره وأحاسيسه بل أيضا وتاريخه وطرق مواجهته للصعاب التى قابلته والتعبير عن الذات داخل جماعة منها من يعانى من مثل هذه الحالة، بدرجاتها المختلفة فإن الشعور بالمشاركة من الآخرين يهون الكثير من الأمر هذا من جانب المريض ..

أما من جانب الأسرة فإن لقاء الأسر التى يعانى بعض من أفرادها هذا المرض يوجد الوعى الأسرى ويحقق التخفيف للأعباء النفسية الأسرية ويشعر الأسرة أن هناك حالات تحسنت فى خطة معينة قد يتدرب عليها. إن شعور الأسرة بالترابط مع أسر أخرى يهيىء المناخ لتقبل المريض وتحسين ظروفه واندماجه فى المجتمع.والبعد عن اخفاء هذه الحالات .

٧- يجب أن تعى الأسرة أن ظهور حالات الروموتويد فى أعمار زمنية صغيرة لايعيق الحالة عن التعليم ولكن يجب تشجيع المريض على التواصل التعليمى وتعزيز تفوقه ولو بدرجة بسيطة وإشعاره بأنه أفضل من كثيرين ومآزرته على النجاح المتواصل فى اكتساب المعلومات .

ثالثا : الأسرة وحالات سيولة الدم:

الدم هو السائل المعجزة الذى خلقه الله ليحمل الغذاء والغازات والهرمونات وغيرها إلى جميع أجزاء الجسم. وعن طريقه تتبادل الغازات فتأخذ منه الأنسجة جميعها الأكسجين والغذاء وتعطه العضلات ثانى أكسيد الكربون ليتخلص منها الجسم بطرق مختلفة. ونظرا لأهمية الدم فإن الله سبحانه وتعالى جعل فيه حركة دائمة فيظل سائلا يجرى فى أوعية كثيرة وهى الشرايين والأوردة والشعيرات ولايتجمد فيها أبدا ما دامت الحياة تنبض .

وقد وهب القدير الدم خاصة أخرى هامة وهى احتوائه أنزيمات وعوامل مختلفة فى حالة سكون ولكن بمجرد أن يجرح الفرد ويخرج

الدم من مجراه الطبيعي فإن تلك الأنزيمات والعوامل تنشط وتتفاعل لتكون ما يسمى بالجلطة التي تسد الجرح وتمنع مزيدا من النزف وتحافظ على الدم من الإنسكاب والضياع .

أما في حالة مريض النزف الوراثي (الهيموفيليا) أو مريض سيولة الدم فإن أحد الإنزيمات أو أحد العوامل إما أن يكون غير موجود أو موجودا ولكن بكمية أقل من الطبيعي أو موجودا بكثرة ولكنه غير ذى فعالية فإذا جرح المريض فإن تلك الإنزيمات والعوامل لاتعمل ولاتنشط لأنها مر: طة ببعضها البعض وبالتالي لاتحدث التجلط التي تسد الجرح بل يستمر النزف. وقد يظل هذا النزف لمدة طويلة مما يفقد المريض جزءا كبيرا من دمه .

إن وعى الأسرة لطبيعة مريض نزف الدم تقلل من الأخطار التي يتعرض لها لذا من أهم النصائح التي يجب أن تقدمها وسائل الاعلام للأسرة :

١- المحافظة على المعوق من حيث التعرض للألعاب الخطرة وخاصة الأطفال من التداول واللعب بالألعاب مدببة الحرف وحماية المعوق من الاضطرابات العنيفة أو اللعب بالأدوات الحادة وما شابه ذلك .

٢- عدم تعريض الطفل حديث الولادة لأى عمليات جراحية أو إصابات بالرأس أو البطن فهذه مواطن الخطر ولكن إذا كانت هناك ضرورة لإجراء جراحة مهما صغرت فالواجب عمل تحاليل للتأكد أولا من أن الطفل غير مصاب بحالة سيولة الدم .

٣- في حالة الإصابة بالنزف سواء خارجيا أو داخليا خصوصا بالمفاصل فيجب على الفور التوجه إلى مركز العلاج لمنع استفحال الحالة فالعلاج المبكر لايترك آثارا سقيمة إذ من الملاحظ أنه في حالة العلاج السريع فإن الجزء المصاب يرجع إلى حالته الطبيعية بأقل النفاقات والمجهود .

٤- كلما كبر المصاب بنزف الدم كلما قلت إصابته بالنزف ويرجع ذلك إلى :

أ- إما أنه يبتعد عن الأفراد وأصبح قادرا على أن يحافظ على نفسه من الأخطار .

ب - أم لاقتراب الحالة من الشخص الطبيعى فلا ينزف وهذا يتأتى غالبا بعد سن الرابعة عشر .

٥- إذا أحدث النزف بالمفصل أى ورم أو ألم المفصل يجب ألا يعمل أى محاولة لتحريك المفصل المؤلم بل يجب تثبيته فى الوضع الذى يريح الحالة. وإذا حدث النزف داخل العضلة فإن الكمادات الثلجية تخفف من الألم لحين الوصول إلى أقرب مركز للعلاج .

أما الإصابة بالرقبة - الفم - اللسان - الوجه أو العين فهذه الأماكن خطيرة وتحتاج إلى علاج مباشر داخل المركز دون تدخل أحد إلا المختصين .

٦- يجب أن لايحصل حالة النزف على مركبات السلسلات ولاحقن فى العضل مطلقا أو فى الجلد أو تحت الجلد .

٧- أن يهتم إهتماما خاصا ويعتنى بالأسنان عناية تامة حتى يتجنب ضرورة الخلع . ولايخشى عليه من الحشو إلا أنه لايعطى بنج موضعى بالحقن إلا إذا علم أن المريض سبق أن حصل على حقن .

٨- من الملاحظ أن مريض الهيموفيليا إذا أصيب بنزف المفاصل أو العضلات فقد يصعب عليه تحريك العضو المصاب لمدة طويلة. لذلك فقد ينتج عن ذلك ضمور فى العضلات وتيبس وتورم بالمفصل ولتفادى ذلك ينصح بأن يعالج المريض فى الحال وبالكمية الكافية من العنصر وأن يعرض على مركز نزف الدم بعد كل إصابة وبعد كل شفاء حتى يمكن عمل العلاج الطبيعى الملائم لتلك الأعضاء إذا لزم الأمر وذلك تجنبا للتشوهات أو لتيبس المفاصل والإعاقة الأخرى .

٩- يجب ألا يمارس مريض النزف الشديد الرياضة العنيفة أو الخطرة مثل كرة القدم وركوب الدرجات أو الخيل ولكن يفضل له ممارسة السباحة إذ هي رياضة محببة ويجب تشجيع مريض النزف على القيام بها كذلك رياضة المشي ولكن دون عناء أو تنس الطاولة أو ألعاب التسلية المفيدة الداخلية كالشطرنج وغيرها .

١٠- التعليم هام جدا لمرضى النزف حيث يؤهلهم للأعمال الإدارية أو المكتبية أو التخطيطية لذا على الأسرة ضرورة إلحاق أبنائها بالتعليم وتشجيعهم ومتابعتهم. فمريض النزف على درجة كبيرة من الذكاء لذا يجب أن يهتم أولياء الأمور به من حيث الرعاية ضد الحوادث والعلاج السريع عند حدوث النزف فإن تغيب عن المدرسة يعوض بما تركه من أعمال ودوروس مدرسيه حتي يمكن أن يظل على مستواه التعليمي ولايتخلف عن باقي أقرانه وبالتالي كلما أظهر تفوقا كلما ارتفعت درجة روحه المعنوية وبالتالي يتحقق لديه التفوق والنجاح.

١١- تجنب النزف المتكرر في الطفولة إذ تكرار النزف يساعد على تدهور القدرة العقلية العامة ويقلل من مستوى التركيز والتذكر والإستيعاب .

١٢- إن التدريب المهني على مستوى الهواية المهنية دون بذل الجهد الحركي العنيف تكسب مريض النزف درجة من الثقة بالنفس والإهتمام بالذات والشعور بالأنا الإجتماعي والاحساس بالوجود وإمكان الإندماج والمشاركة .

ويقوم التأهيل الأجتماعي لمرضى نزف الدم باكتشاف المواهب الفنية وتعزيزيها والتقدم بها إلى تكوين فرد منتج متخصص في المهنة. ويفضل التدريب على مهن لاتحتاج إلى أخطار مهنية مثل تربية زهور الظل أو النباتات الداخلية والتصوير والتحميض وطبع الصور والمستندات وصناعة البلاستيك والتغليف وصناعة إطارات الصور والبراويز . وإن حصوله على مؤهل دراسي يتيح له العمل في المهن الكتابية والتخطيطية

ويساعده على تحقيق الذات .

رابعا : الأسرة وحالات الشلل المخى الكلى :

يصاب الفرد بالشل المخى نتيجة إصابة المخ بشكل ما . وكلمة مخ هنا تعنى المخ Brain بينما كلمة شلل أن هناك مشاكل فى أداء العضلات لوظائفها- ومن أهم وظائف المخ أن يمنح أجزاء الجسم المختلفة الأوامر بالعمل والحركة ويتم ذلك عن طريق إعطاء الأمر للعضلات بالحركة. والعضلات هى التى تحرك الأذرع والساقين والرأس والعينين والفم وسائر أجزاء الجسم .

وإذا أصيب المخ فإننا قد نواجه مشاكل مع مختلف أجزاء الجسم. وتأثر أى جزء من أجزاء الجسم يعتمد على الجزء الذى أصيب من المخ. وفى حالة الشلل المخى نجد أن الجزء الذى يتحكم فى المخ يكون هو الذى قد أصيب .

ويحدث الشلل المخى نتيجة بعض الحوادث أو الأمراض التى أدت إلى اصابة المخ وفى بعض الأحيان يتعرف الأطباء بيسر سبب إصابة المخ وفى أحيان أخرى لايعرفون الأسباب. فقد تحدث الإصابة أثناء الحمل أو إذا تمت الولادة مبكرا وفى وقت مبكر من الحياة أثناء فترة نمو المخ .

وقد تكون الإصابة بالشلل المخى إصابة شديدة ويحدث ذلك إذا كان الجزء المصاب من المخ جزءا كبيرا والتلف الذى أصابه تلف كبير. وقد لايستطيع الفرد فى هذه الحالة القدرة على المشى والكلام وقد يحتاج المساعدة فى ارتداء ملابسه أو تناول الطعام والشراب . ويمكن أن تكون الإصابة بسيطة ونجد ذلك عندما يكون الجزء الذى أصيب فى المخ جزءا صغيرا وإصابته بسيطة وقد يعانى فى هذه الحالة من مشاكل بسيطة فى المشى أو الكلام أو استخدام يديه وفى بعض الأحيان قد تكون هناك أجزاء من المخ قد أصيبت بالإضافة إلى الأجزاء التى تتحكم

فى العضلات وعندما يحدث ذلك فإنه قد توجد مشاكل فى التعلم والرؤية ونوبات مرضية أخرى .

وهناك أنواع كثيرة من الشلل المخى يمكن التحدث عنها بطرق مختلفة إذ كل حالة تختلف عن الأخرى كما أن إصابة كل فرد بالشلل المخى يختلف عن الآخر . ومعرفة أى نوع من الشلل المخى أصيب به تمكن من معرفة كيفية المساعدة بشكل أفضل . ومن الأنواع الرئيسية للشلل المخى :

١- شلل مخى تشنجى :

وهى أكثر الأنواع شيوعا وقد تبدو العضلات كأنها مشدودة ويشعر الفرد بتيبس زراعيه وساقيه وباقى أجزاء جسمه ومن الصعب تحريكها .

٢- شلل مخى إرتعاشى :

ويعني أن تتحرك الزراعين والساقين والرأس أو أي أجزاء من الجسم بشكل لايتحكم فيه الشخص ولايتمكن من السيطرة على حركة الجسم .

٣- شلل مخى إرتخائى :

وتكون العضلات خفيفة ومرتخية .

٤- شلل مخى إختلاجى :

وهو أقل الأنواع شيوعا فى الشلل المخى وينتج عن اصابة جزء من المخ يتحكم فى التوازن .. ويعنى هذا أن الشخص يمشى بدون اتزان أو يسقط أثناء المشى .

٥- شلل مخى تصلبى :

وفيه تكون العضلات يابسة ومقيدة الحركة وهو يشبه الشلل المخى التشنجى من نواح كثيرة .

٦- شلل مخى مختلط :

ويحدث عندما يصاب الشخص بأكثر من نوع من أنواع الشلل المخي .

ويمكن أن يصنف الشلل المخى كذلك على حسب الجزء المصاب من الجسم إلى :

١- شلل طرف واحد :

أى الشلل يصيب الزراع أو الساق .

٢- شلل طرفين :

تكون فيه الإصابة للساقين وقد تكون هناك أيضا إصابة للزراعين ولكن عادة ما تكون إصابة الساقين أكثر من الذراعين .

٣- شلل ثلاثى :

تكون فية الإصابة لثلاثة أطراف كالساقين وذراع واحدة .

٤- شلل رباعى :

وتكون فيه الإصابة للأربعة أطراف (الساقين والذرعين) .

٥- شلل نصفى :

وتكون فيه الإصابة للذراع والساق اليمني أو الذراع والساق اليسرى وعادة ما تكون إصابة الذراع أكثر من الساق .

إن حالة المصاب بالشلل المخي لاتتطور أكثر مما هى عليه ، كما أن التلف الذى يحدث لايسؤ أو يتحسن . ويحصل معظم المصابين على تحكم أكثر في عضلاتهم نتيجة للعلاج الخاص . ويساعد هذا العلاج الخاص في تحسين القدرة على المشى أو الكلام أو استخدام الزراعين بشكل أفضل .

لذا من واجب الأسرة أن تقى حالة الشلل المخى الذى قد يصيب أحد أفرادها وذلك بالتشخيص الدقيق المناسب للحالة وأن تتدرب على

التمريض الملائم وذلك بالحصول على العلاج الطبى فى حينه وتحت التوجيهات الطبية السليمة .

إن حصول الحالة على تدريبات العلاج الطبيعى فى مراكز العلاج الطبيعي غير كفاية لمثل هذه الحالات ولكن وعى الأسرة بالتمرينات وطرق ممارستها تعين على إعادة التدريب مرات بالمنزل لمساعدة العضلات على الحركة ولتقوية الأوتار العضلية لذا يجب أن تتدرب الأسرة على طرق القيام بالتمرينات الحركية التى لاتقلل من الحصول على توجيهات المتخصصين .

لذا يجب عدم حجب حالات الشلل المخى عن الاندماج الاجتماعى إذ أن الشلل المخى ليس من الحالات التى تنقل بالعدوى فيخشاه الآخرين ويتباعدون عنه ولكن خروج الحالة من المنزل والتعرض إلى أشعة الشمس والتدريب على المشى فى بعض الحالات يساعد المريض على المقاومة والعمل على بذل الجهد .

العلاج بالعمل له دور كبير فى مثل هذه الحالات إذ يمكنه من تعديل السلوك واكتساب درجة من الثقة بالنفس والشعور بالوجود . لذا يعتمد على الوقوف على القدرات الخاصة لدى الحالة وهواياته والإستعدادات المتبقية لديه وطموحه وقدرته على الإبتكار ويبدأ أخصائى العتلاج بالعمل على وضع الحالة على طريق المهنة بالتشجيع على ممارسة مهنة ولو ضئيلة وبخطوات محدودة ويزداد بها تدريجيا كلما تحسنت الحالة وذلك واضعا أنواع الشلل المخى فى الإعتبار .

إن الوصول بالحالة إلى إجادة مهنة معينة يكسبها الكثير مما يزيد من الإندماج والتلاقى الجمعى . إن مشاركة الأسرة للحالة فى العمل يدفع المريض إلى التقبل المهنى وشعوره بأنه أصبح مقبولا أسريا ومشاركا فى عمليات التنمية الأسرية مما يزيد البهجة للمريض .

يحتاج مرضى الشلل المخى لعلاج النطق والكلام حيث يقوم

المعالج بالآتى :

١- التشخيص الأولى فى حالة الكلام وذلك للوقوف على مدى نطق الحروف والتشوهات الواقعة وأثر نطق الحروف على تكوين الكلمة وارتباط التلاقى الفكرى للكلمة ومدى مطابقة الكلمة المنطوقة إلى الفكرة .

٢- وضع التخطيط العلاجى الفردى والجماعى . فلكل حالة من حالات عيوب النطق وأمراض الكلام تدريبات خاصة فى إتباعها سواء من جانب فردى أى فى جلسة فردية ما بين المعالج والفرد أو فى جلسة جماعية ما بين المعالج وجماعة الأفراد المتشابهين فى حالاتهم إلى حد ما. وهنا يكون دور الأسرة مع المعالج حتى تتدرب الأسرة وبالتالى تمارس تكرار التدريب .

٣- المتابعة العلاجية وهذه عملية المراقبة الغير محسوسة وغير ملموسة من الأفراد من جانب المعالج وهى مرحلة متقدمة من مراحل العلاج .

وتقوم الأسرة بمساعدة الحالة فى عمليات الترفيه وخاصة بممارسة بعض الألعاب الرياضية وخاصة السباحة مما يكون له أثر فعال فى تدريب العضلات بالإضافة إلى الإلتقاء مع الآخرين .

إن ممارسة الألعاب الإيقاعية أيضا لهذه الحالات ترفع من الروح المعنوية فالرقص الإيقاعى الحركى سواء الذاتى أو الإعتماد على الكراسى المتحركة يثير البهجة والإنشراح ويرفع درجات الإكتئاب والإنعزالية .

إن تلاقى أسر المصابين بحالات الشلل المخى فى مركز متخصص، أو نادى يشعر الأسرة بوجود آخرين يعانون من مشاكل مشابهة لذا يرفع من درجة التقبل للحالة. وبالتالى تبادل الخبرات الموجودة مع الأسر

وتحت توجيه وارشاد متخصصين ينعكس أيضا صداه على الحالات للتحسن والاندماج وممارسة أعمال التنمية الشاملة .

خامسا : الأسر وحالات النوبات النفسية الحركية (الصرع) Epilepsy

يعانى مريض الصرع دائما من أمرين :

الأول : موقف المجتمع بنظرته المتخلفة حيث لم تزل معلومات العامة عن طبيعة ذلك المرض مشوهة. إذ يسود الإعتقاد بأن مريض الصرع تسيطر عليه قوى شريرة وهناك من يخلط بين مرض الصرع والأمراض العقلية الذهانية .

الثانى : بأن مريض الصرع قد يحتاج إلى الحماية والعطف والمساعدة من الوالدين .

والصرع مرض يتميز بحدوث تغيرات فيزيائية وكيميائية فى خلايا مخ المريض الأمر الذى يحدث اضطرابات مؤقتة ولكنه متكرر فى أى مجال من المجالات النفسية أو الحركية الحشوية. وقد يصحب هذا الاضطراب تغير فى الوعى أو لايصاحبه كما قد يكون تغير الوعى هو الظاهرة الوحيدة للمريض . إذ يسقط المريض على الأرض وتنتابه تقلصات عضلية فى جميع أطراف الجسم وتخرج الرغاوى من الفم وبعد فترة يعود المريض إلى حالته الطبيعية .

وللصرع أنواع أربعة هى :

١- النوبة الصرعية الكبرى :

وهى نوبة فجائية تشنجية تتكرر كل مدة معينة يقع فيها المريض على الأرض ويصاب بتقلصات شديدة وتمتاز النوبة الكبرى بوجود جرس تنبيهى قبل النوبة بساعات أو بأيام ويكون فى صورة قلق حركى أو صراع أو آلام جسمية أو إكتئاب أو شبه هلوسة سمعية أو بصرية أو يشعر المريض بظاهرة الألفة أى يرى اشخاصا فيعتقد أنه شاهدهم من

قبل وكذلك جفاف الريق وصفير الأذن أو إصفرار الدنيا أو تنميل الكشف أو اضطراب دقات القلب . ويسبق التشنج صيحة عالية أو صرخة فيفقد المريض بعدها وعيه ويقع على الأرض. وتتقلص عضلات جسمه كلها حوالى ١٠ ثوان إلى ٢٠ ثانية يبدأ التشنج الإرتخائى وأحيانا قد تطول هذه الفترة ويعقب التشنج الإرتخائى عودة التنفس فى صورة شخير ويظهر ريم حول الفم وتكون العينان مقلوبتان لأعلى وقد يفرغ المريض المثانة أو الأمعاء . ويعقب ذلك إنتظام التنفس وبعد النوبة قد يدخل المريض فى نوم عميق أو يشكو من صداع أو من ذهول واختلاط وقد يعقب النوبة ظهور نوبات هياج وغضب وقد تظهر بعض العلامات الذهانية الموقتة .

٢- النوبة الصرعية الخفيفة :

وهى النوبة التي يضطرب فيها وعى المريض لفترة قصيرة (ثانية أو ثانيتين) ولايسبقها أى علامات منذرة فيتوقف عن الكلام وتثبت عيناه فى محجرها ولايرى ولايسمع وقد يتوقف التنفس ، ونادرا مايسقط المريض على الأرض أو يترنح وقد تتكرر فى اليوم أكثر من مرة وهى تحدث للأطفال وللكبار .

٣- النوبة الصرعية النفسية الحركية :

وهى النوبة التى يضطرب فيها وعى المريض ويحدث تشنج ويقع فيها المريض على الأرض ويصاب بتقلصات شديدة إلا أن المريض لايؤذى ذاته ولذا تمتاز بحماية الذات والرغبة فى إستجداء عطف الآخرين .

٤- الحالة الصرعية :

حيث تتميز شخصية مريض الصرع بخصائص معينة يمكن

إجمالها فى :

أ- سهولة الإثارة .

ب - الإعتداد بالرأى .

جـ - الميل فى الإغراق فى التدين ويزداد هذا السلوك مع نوبات الصرع .

د - الميل الزائد للنظام مع حب الرقابة المملة .

هـ - تقلب العواطف .

و - الميول المتشككة .

وقد يرتبط أحيانا بالشخصيات الهيستيرية والعصابية والسيكوباتية من حيث الأعراض .

فإذا أصيب أحد أفراد الأسرة بالصرع فإنه يشيع جو القلق والإضطراب داخلها وخصوصا فيما يتعلق بمستقبل المريض وشفائه . وإمكانيات الأسرة الإقتصادية فى مواجهة نفقات العلاج .

وحيث تتعرض الحياة الوجدانية والعاطفية والسلوكية لمريض الصرع للإضطرابات فإن ذلك ينعكس على المحيطين به من أفراد الأسرة . فيكون أحيانا مشاعر عدوانية من المريض تتوجه نحو أفراد أسرته والآخرين إذا ما شعر بوجود مشاعر سلبية نحوه .

دمج المعوق فى المجتمع :

إن قضية دمج المعوق فى المجتمع اندماجا كليا هى قضية إنسانية قبل كل شيء آخر. فهى ليست قضية إدارية تتوقف عند استصدار قرار أو لائحة أو تشريع، كما هو الحال فى بعض القضايا التنفيذية التى يبدأ تحقيقها فور صدور قرار التنفيذ ، ولكنها تتعلق بالمجتمع ككل ، وتحتاج الى كامل جهوده حتى يتحقق الاقبال الجماهيرى على تبنى قضية المعوق واحتضانها، ويرى بعض العلماء أن هناك عوامل تفسر أسباب

وجود المعوقات التي أخرت مسيرة اندماج المعوق في المجتمع، ومنها :

١- أن الناس بطبيعتها تخشى مالا تفهمه وتهاب من الشيء الجديد أو غير المفهوم والمألوف ، فمن يشاهد مريضا صرعيا أثناء النوبة الصرعية لأول مرة في حياته، أو مصابا بالشلل المخي وهو يعاني من التشنجات والتخلجات واضطراب قدرته الى القيام بعمليات التوافق العضلي والحركي، قد يشعر بردة فعل سلبية تجاه مايرى، لأنه لايفهم له تفسيرا أو تعليلا. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فقد يقتصر فهمه على ما يعرفه من الخرافات السائدة عن مس الجن وتخبط الشياطين مما يجعله يقف موقف العاجز الذي لايدري مايفعل ، وقد يسارع بالابتعاد عن الموقف توخيا لحدوث مالا تحمد عقباه .

٢- أن الناس تكره المواقف التي تؤثر فيها انفعاليا وتجعلها تشعر بعدم الراحة، وغالبا ما تكون ردة الفعل هي الابتعاد عن مصدر الضيق والقلق مع مراقبة الموقف عن بعد، في أحسن الظروف ، وكثيرا ما يصادف الناس حالات متعددة من الاعاقات ولايملكون إلا أن يشعروا حيالها بالرثاء دون أن تسمح لهم خبرتهم بعمل شيء إيجابي تجاه المعوق .

٣- أن الناس لم تتعلم بعد كيفية التفاهم مع المعوق، وكيفية قيام اتصالات متبادلة معه بشكل سليم ومقبول بدلا من البعد عنه وتحاشيه .

وترجع أسباب المواقف السابقة الى أن الناس قد تعودت على العيش في عالم السواء وتطبعت بكيفية التعامل مع بعضها البعض على مستوى معين من التوقعات وإنماط الأداء والعلاقات المبنية على تكامل أعضاء الحس والحركة ، وأن دخول الشخص المعوق الى هذا العالم يحتاج من أفراد المجتمع إلى إعادة توافقهم مع مقتضيات الحال وماتفرضه ظروف الاعاقة، ولاتختلف هذه الحالة كثيرا عن تعرض

الانسان لحالة انعدام الوزن حيث يكون التوافق فى البداية صعبا للغاية قبل أن يصبح أمرا سهلا بعد مضى بعض الوقت .

أن الاتجاهات السائدة تعزز المفاهيم الاجتماعية الخاطئة التى ترى فى الاعاقة مصدرا من مصادر النقص التى تحط من قدر صاحبها ،

ومن تحليل العوامل السابقة يتضح لنا أن الموضوع ذو صلة بالاتجاهات الاجتماعية التى يتبناها أفراد المجتمع ، وأن هناك ضرورة لتغييرها مما يحتاج الى وقت وجهود مكثفة وخطط مدروسة لتثقيف الناس وتصحيح اخطائهم، وتزويدهم بالمعلومات والمفاهيم السليمة اللازمة والتى من شأنها أن توضح الغموض وتزيل اللبس المحيط بقضية المعوق والذى يحول دون فهمه وعودته إلى مكانه الطبيعى فى المجتمع .

ويرتبط بموضوع الدمج عوامل أخرى ذات علاقة بالمعوق نفسه ومدى استعداده لمد جسور العلاقات الاجتماعية لتربطه بغيره من الأفراد، فإذا ما توفر لدى المعوق الدافع ووجد من ميوله سندا لتحقيق الاتصال، فسوف تنجح محاولاته لتحقيق أهدافه، ومع ذلك ، فلابد من القول بأن مايقوم به المعوق لايمثل سوى نصف المطلوب ، حيث يقع النصف الآخر على عاتق الاطراف الاجتماعية الأخرى التى ستتولى مهام استقبال المعوق والتعرف عليه، وصحبته ومصادقته ، واستكمال مد جسور الاتصال من ناحيتها هى أيضا ، ومن أجل ذلك، فإنه يجب علينا مساندة المعوقين سواء كانوا مقيمين مع أسرهم أو نزلاء بالمؤسسات ودور العلاج أو التأهيل على تنمية مهاراتهم الاجتماعية، وعلى اكتساب الثقة فى انفسهم وفى غيرهم من البشر، والعمل على التخلص من الشعور بالنقص مع تقوية روح التعاون والانتماء والصداقة التى تسهل من سرعة إزالة الحواجز .

ومن القضايا المرتبطة بقضية دمج المعوقين فى المجتمع أيضا، ضرورة العمل على نشر جمعيات أصدقاء المعوقين ، لأن مثل هذه الجمعيات

تقوم بأغراض متعددة في العادة، فهي تعمل كملتقى يساعد المعوق على تحقيق الاندماج التدريجي عن طريق الاختلاط المحدود بالمعوقين من أمثاله وغير المعوقين من أصدقاء الجمعية مما يضمن توفير بيئة محمية وآمنة لتجربة أدواته ووسائله وطرقه وأساليبه الخاصة في الانتماء للغير ومحاولة التوافق معهم. كما تعمل تلك الجمعيات كمراكز لالتقاء آباء المعوقين وأولياء أمورهم لتبادل الأراء ومناقشة مشاكلهم المشتركة، وتنظيم جهودهم لتحقيق ما في شأنه مساعدة المعوق على تحقيق الاندماج، هذا ، كما قد تعمل تلك الجمعيات على تسهيل الحصول على الخدمات التخصصية وتقديم المعلومات والارشاد .

ولاتذكر قضية دمج المعوق في المجتمع إلا وتذكر معها قضية تشغيل المعوق وتوفير مواقع العمل المناسبة له ، ونظرا لأن المعوق قد أثبت قدرته على القيام بكثير من الأعمال في المجالات المهنية وغير المهنية ، فإن الواجب يحتم أن نعمل على تحطيم باقي الحواجز التي مازالت تحول دون الاستفادة بشكل عامل من الطاقات المعطلة بسبب عدم توفر العدد الكافي من أماكن العمل لاحتواء جميع القادرين عليه من المعوقين الذين أتموا تعليمهم أو تدريبهم أو إعادة تأهيلهم [١] .

دور الاسرة مع المعوق لأدماجه في المجتمع [٢] :

لاشك أن الاسرة تقع عليها مسئولية كبيرة تجاه الفرد المعوق بها ، فالانسان يولد في أسرة ، وينشأ في كنفها ، وتتحمل أسرته تربيته واعداده للحياة العادية بالمجتمع ، والتي يعيش فيها كل أفراد المجتمع .

وكذلك تعمل الاسرة على توفير كافة الامكانات لهذا الاعداد ، من الحاق بالمدارس ، واستكمال التعليم على مراحله المختلفة ، والعمل

(١) رمضان القذافي ، سيكولوجية الاعاقة ، الدار العربية للكتاب ، ١٩٨٨ .

(٢) مصطفى السلماني ، دور الاسرة في ادماج المعوق في الحياة العامة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق، اتحاد هيئات الفئات الخاصة ، العدد الخامس ، السنة الثالثة ، ١٩٨٦ ، ص ٩ ، ١٠ .

على تدبير فرص العمل التى تتاح ، أما على الوجه العام الذى تقوم به الدولة أو القطاع العام ، أو الوجه الخاص الذى يحصل فيه على تدريب أو عمل بقطاع خاص غير الحكومى ، أو على حسابه الخاص ، ويجرى كل ذلك بمعاونة وتوجيه من الأسرة نفسها كجزء من مسئوليتها فى الاعداد للحياة .

واذا ما تعرض الفرد خلال مراحل حياته منذ الولادة أو دخوله مراحل الاعداد ، أو بعد تمام الاعداد والعمل الفعلى وبالمشاركة فى مسئوليات الحياة بالمجتمع ، اذا ما تعرض الى ما يعوقه على السير فى الحياة العادية ، بسبب عاهة خلقية ، أو مرضية ، أو نتيجة لمرض أو حادث عارض ، فان الاسرة تقع عليها مسئولية أكبر فى معاونة الفرد لتخطى مشكلة فى الاعاقة ومحاولة معاونته للحصول على ما يواجه هذه الظاهرة من خدمات من ناحية ، بل أكثر من ذلك محاولة المواجهة الجادة والواقعية للمشكلة من ناحية أخرى .

ويعنى ما سبق أنه اذا ما تعرض الفرد لعاهة من العاهات فأنه يجب الا تخضع الاسرة لعوامل الضيق والالم ، والنحيب والبكاء ، والقنوط والاستسلام فحسب ، بل يجب أن تتذرع بالواقعية والقبول لارادة الله فيما تعرض له الفرد من عائق ، والصبر فى المواجهة – والانطلاق نحو المستقبل للعلاج والاعداد للمعاونة فى المواجهة الإيجابية للمشكلة وآثارها المترتبة عليها ، وكيف يمكن تخطى نتائجها المعوقة والسير فى سبيل تحقيق حياة عادية ، الى أقصى قدر يمكن الحصول عليه ، بدلاً من الخضوع والاستسلام للعجز – وحتى لايكون عالة على أسرته أو المجتمع الذى يعيش فيه .

ويتطلب كل ذلك أن تقوم الاسرة من جانب بالقبول والرضا وتهوين الأمر على نفسها أولاً ، وعلى الفرد المصاب أو المعوق بها ثانياً ، ثم اتخاذ الخطوات الايجابية للمواجهة المناسبة فى هذا الشأن .

فمن ناحية ، فان هناك من التطورات والتغيرات العلمية والفنية والتكنولوجية ما قد أصبح يواجه الكثير من العاهات والاصابات واسباب العجز الجسمي والعضوى ، والعقلى ، والبصرى والحسى ، سواء كان ذلك بالعلاج الطبيعي والتعويض كما ان هناك من سبل العلاج النفسية والطب النفسى ، والتى تعتمد على قياس القدرات والامكانات والمهارات والاتجاهات ، بحيث يمكن استخدامها فى تخطى المعوقات الحسية والنفسية ، واستغلال الطاقات والقدرات المتوافرة والمتبقية لدى المعوق ، فى القيام بأعمال والمشاركة في جهود يمكن استغلال الفرد المعوق لها ، طبقاً لبرامج وأعمال التأهيل الاجتماعى والنفسى والطبى والمهنى ، والتى نمت وترعرت منذ أواخر الحرب العالمية الأولى (فى بداية القرن العشرين) . والاسرة لها الدور الفعال في هذه العمليات ، فهى وراء الفرد المعوق تكتشف نواحى عجزه منذ أن يكون طفلاً اذا نشأ على هذه الصورة خلقياً أو مرضياً ، وهى التى تسانده فيما يحصل عليه من خدمات علاجية تأهيلية، وهى التى تسانده وتشجعه على السير فى الحياة والكفاح فيها، والاجتهاد ولتحقيق النجاح وتخطى الصعاب والعقبات التى يتعرض له فى سبيل التكيف والتوافق ، والاستفادة من كل الخدمات العلاجية والتأهيلية التى تتوافر له فى هذا السبيل ، بل هى أكثر من ذلك التى تعاونه منذ بداية حياته للوقاية مما قد يتعرض له من أسباب أو عوامل للاعاقة .

أن الأسرة الصالحة هى البيئة والتربة التى يعيش فيها الفرد ، ويتربى ويترعرع فى كنفها، وتسانده لمواجهة أخطارها ، وتقوية ليبقى قادرا على مسايرة الحياة فهى الوعاء الذى يجب أن تعمل على تقوية بنائه ليكون وعاء قادرا على تحمل مسئولياته، وأن تعدها وأن تعد أفرادها إعدادا سليما للقيام بدورها كاملا كفئا، ومن الواحب أيضا أن تتعاون الأسرة فى توفير كل الامكانات والخدمات الفنية والعلمية والعلاجية،

ومتابعة التطورات والتغيرات المهنية والتكنولوجية فى الخدمات التأهيلية للمعوقين وأن تتحمل كافة المؤسسات المعنية عامة والاتحاد النوعى لهيئات المعوقين خاصة مسئولياتها فى هذا النطاق والتعريف والاسهام بما يتوافر في المجتمع من مواد متخصصة .

الخدمات الطبية وآثرها علي المعوقين وأدماجهم فى المجتمع :

يقدم المجتمع بتوفير خدمات متعددة لتأهيل المعوقين واعدادهم لأن يعيشوا حياة طبيعية وينالوا قسطا وفيرا من وسائل الترفيه وممارسة الالعاب الرياضية المختلفة والاشتراك فى مسابقات بطولاتها المحلية والعالمية مما يسكبهم الثقة فى انفسهم وثقة المجتمع بهم، ولاشك أن الخدمات الطبية عامة هى الخطوة الأولى على طريق ادماج المعوقين فى الحياة الطبيعية وتنمية قدراتهم مما يخفض مقدار مايصيبهم من عجز الى أدنى قدر مستطاع .

فعلم طب المجتمع الذى يدرس الآن فى كليات الطب يختص بدراسة كل ما يوفر الأمان للأفراد وحمايتهم ووقايتهم من مختلف الحوادث والأمراض ويحقق سلامتهم البدنية والنفسية .

والواقع أن الخدمات الطبية باختلاف أنواعها ومواقعها تشترك فى تحقيق هذه الأهداف ولكن لاشك فى أن الخدمات الطبية العاجلة وفى مقدمتها خدمة الاسعاف الأولية تتصدر هذه الخدمات فى هذا المجال وخاصة بعد ما طرأ عليها من تطورات حديثة. فقد انتشرت مراكز الاسعاف فى جميع المواقع وجهزت بأحدث المعدات وزودت بالطاقات البشرية ذات كفاءة عالية لاسعاف المصابين وزودت سيارات الاسعاف بأجهزة اللاسلكي للاتصال بغرف عمليات الاسعاف وبالمستشفيات المختصة بالحوادث وكثير منها يتوفر بها طبيب معالج أو طاقم من الاطباء لاجراء مايلزم المريض من علاج سريع بمكان الحادث بما فى ذلك

بعض العمليات الجراحية بل استخدم أيضا بعض طائرات الهليوكوبتر لاداء خدمات الاسعاف للمصابين فى الأماكن النائية أو التى يصعب الوصول اليها بطرق المواصلات العادية أو لاسعاف المقاتلين وقت الحرب، واستكمالا لفوائد هذا العلاج المبكر وهو العامل الهام لشفاء المريض وحمايته من أى آثار ضارة بعد الشفاء فقد جهزت أقسام استقبال الحوادث بما يكفل حسن الرعاية واعطاء الخدمة العلاجية اللازمة للمصابين على أعلى مستوى - بل أن بعض المستشفيات بأكملها خصصت لاستقبال أنواع معينة من مصابى الحوادث مثل مستشفى الهلال الأحمر أو معاهد الحروق وغيرها، وتقدم الخدمات الطبية بالاعمال الوقائية لمنع الأمراض ومنع انتشارها والحد من مضاعفاتها وآثارها وخاصة الأمراض التى قد تسبب عجزا جزئيا أو كليا للمرضى مثل شلل الأطفال والحمى المخية الشوكية والتهاب المخ وغيرها .

ومن المراكز الطبية الهامة العاملة فى مجال الوقاية والاكتشاف المبكر والرعاية والعلاج ومعاونة المعوقين نذكر بعضها ليس على سبيل الحصر ولكن بيانا لبعض ما تقوم به فى هذا السبيل :

١- أجهزة الأمن الصناعى : أصبح ركناً هاما فى المؤسسات والمصانع ومراكز الانتاج المختلفة ولها دور كبير فى حماية ووقاية العاملين بها من حوادث العمل واخطار الأمراض المهنية المختلفة وعلاج المصابين .

٢- مراكز رعاية الطفولة : تقوم برعاية الطفل فى اطوار نموه المختلفة ووقايته من الأمراض بأعطاء التحصينات اللازمة، ومن أمراض سوء التغذية والاكتشاف المبكر للمصابين بالأمراض الوراثية أو التى تصيبهم اثناء الولادة أو عقب ولادتهم .

٣- مراكز رعاية الأم : في جميع مراحل الحمل : وتحصينها ضد الأمراض التي يتأثر بها الجنين أثناء الحمل أو بعد الولادة وحمايتها وحماية الجنين من آثار ما قد تتناوله من عقاقير أثناء الحمل والرضاعة وحماية الطفل مما قد يصيبه من أمراض أثناء عملية الوضع

٤- مراكز فحص راغبي الزواج : للوقاية من انجاب اطفال مشوهين أو معوقين بدنيا أو فكريا بسبب الأمراض الوراثية

٥- عيادات الصحة المدرسية : الكشف المبدئي عند التحاق الطفل بالمدرسة الاكتشاف المبكر للمعوقين وفحصهم والحاقهم بالفصول الدراسية التي تناسب حالتهم البدنية والفكرية: العلاج وصرف الأجهزة الطبية المعاونة من عدسات طبية أو أجهزة السمع وغيرها: تحصين التلاميذ ضد الأمراض، تعاون الاطباء والمدرسين وأولياء أمور الطلبة في التعرف على مدى طاقات المعوق والعمل على تنمية قدراته في حدود امكانياته البدنية والفكرية .

٦- العلاج الجراحي : له دور هام في علاج المعوقين وادماجهم في الحياة العامة (جراحة العظام) جراحة العيون ، جراحة الأذن وعمليات نقل الاعضاء والمفاصل الصناعية وغيرها .

٧- العلاج الطبيعي : يهدف الي استفادة المريض بالاعضاء المصابة بأكبر قدر ممكن وله دور فعال في ادماج المعوق في الحياة الطبيعية .

٨- تعمل بعض الهيئات الصحية الدولية : مثل الهيئة الصحية العالمية على الوقاية من الأمراض والحوادث والعمل على علاج المعوقين وادماجهم في المجتمع ، وتقديم جميع المعونات لتحقيق ذلك وفي الواقع ان الخدمات الطبية تقدم كل يوم الجديد في هذا المجال مواكبة التقدم العلمي المستمر .

الفصل الثامن

تطبيقات لبعض المداخل النظرية

فى رعاية المعوقين

تطبيقات المداخل النظرية فى مجال رعاية المعوقين

إن اهتمام الخدمة الاجتماعية بتنمية وتطوير المداخل النظرية للممارسة يمثل محاولات علمية جادة لبناء نظرى متكامل يعتمد على معرفة علمية متطورة تستند اليها الممارسة بهدف تحقيق فاعلية الممارسة لهذه الطريقة (١) .

ووجود نظرية أو مدخل واحد للممارسة المهنية قد يفيد التخصص والتعمق، إلا أنه غير مرغوب فيه فى الوقت الحاضر ذلك أن تعدد المداخل والنظريات واحتكاكها معا يثرى الممارسة المهنية ويرفع مستويات الأداء، ويزيد من معدلات اجراء البحوث لمعرفة أوجه التشابه أو الاختلاف بين النظريات وجدوى كل منها وقيمتها العلاجية فى المجالات أو الثقافات المختلفة أو تحت الشروط المعينة (٢) .

ويحاول أخصائى الخدمة الاجتماعية أن يحقق أهدافها من خلال التزامه بأساليب المنهج العلمى فى الممارسة- هذا الأسلوب الذى يعتمد فى أساسه على المعرفة العلمية التى تمثل الأطار النظرى المرجعى الموجه للممارسة والذى يتضمن دراسة المجتمع والبيئة والفرد والانساق الأخرى، ويقوم الاخصائى بتوظيف المعرفة العلمية سعيا وراء تحقيق الأغراض التى يهدف اليها من الممارسة،ويقوم اخصائى الجماعة بتوظيف تلك المعرفة العلمية،كأساس لتفسير السلوك وتحليل العوامل التى تتضمنها المواقف الجماعية مع التزامه بأساسيات الممارسة فى هذه

(1) Francis Turner, Some Consideration on the place theory in current social work practice, Boston, Houghton Mifflin, 1974, p. 118.
(٢) عبد العزيز النوحى : نظريات خدمة الفرد (خدمة الفرد السلوكية) القاهرة ، دار الثقافة للطباعة والنشر ١٩٨٤ ، ص ١٥ .

الطريقة، وقد بدأت وتطورت المداخل النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية نتيجة مجموعة الأبحاث والدراسات التى قام بها علماء الاجتماع، وعلماء علم النفس الاجتماعى ، وعلم النفس ، والتجارب الميدانية التى قدمها رواد الخدمة الاجتماعية (١) .

وفعالية ممارسة الخدمة الاجتماعية تتوقف على كم وتنوع مصادر المعرفة العلمية الخاصة بالمجتمع والانسان والبيئة والخدمة الاجتماعية تحاول أن تنمى عددا من المداخل والنظريات توجه الممارس فى عمله، وقد اهتمت الخدمة الاجتماعية بأبحاث ودراسات الانسان والمجتمع والبيئة سعيا وراء المعرفة العلمية المتعمقة والشاملة لجوانب الحياة الاجتماعية والجماعات.لانساق اجتماعية وفى علاقتها بالأنساق الاجتماعية بالمجتمع وقد استمدت تلك المعرفة من مصادر العلوم الاجتماعية مثل علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعى وديناميات الجماعة، وكذلك بحوث ودراسات الخدمة الاجتماعية، فالمداخل النظرية للخدمة الاجتماعية تشير الى البناء الفكرى الذى نستخدمه فى مساعدة العملاء لانجاز مهامهم وكذلك فى عمليات التخطيط ، والتدخل والتقويم ، وقد سمى كوهين Kuhn هذا البناء الفكرى الذى يمثل المعرفة النموذج أو المدخل وقد حدد بأنه خليط من النظريات ، والمناهج ، والوسائل والطرق ، والتى يمكن استخدامها لتحديد المشكلات وتقديم الحلول لها. فالمداخل النظرية تساعدنا فى تحديد التغيرات التى تحدث فى الأنساق الاجتماعية، ونسق الشخصية، والعلاقات بين الأنساق البيئية (٢)

(1) Margaret E. Hartford, op. cit., p. 32.
(2) Max siporin, op. cit., pp. 118 - 121.

وقد لاحظ هنرى ماس Henry Maas أن أهمية المداخل النظرية تكمن فى أنها يمكن أن تقابل وتتعامل مع قضايا مختلفة مثل « ماذا يفعل الأخصائى الاجتماعى فى المواقف المختلفة، وماهى الظروف التى يعمل فيها؟ وماذا يحكم التفاعل بين العميل والاخصائى ، وبعبارة أخرى فأن المداخل النظرية تقابل المهام الفعلية فى ممارسة الخدمة الاجتماعية، ومقابلة المبادىء القيمية والأخلاقية فى ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، كما أنها توجد درجة عالية من الثبات والصدق للمعرفة العلمية، وتوجه الممارس لطبيعة السلوك المحدد للممارسة بطريقة موضوعية، كما أنها توضح توقعات العميل للمشاركة والعمل، وتقدم المداخل النظرية معارف كثيرة يمكن تطبيقها حتى مع تعدد وتداخل المواقف . إذ أن الأساليب الفنية والتكتيكية لايمكن أن تحدد كل الحالات أو كل النماذج أو كل الطرق للمساعدة. فالمداخل النظرية تجعلنا قادرين على اختيار الاجراءات الفنية المحددة [١] .

وهناك مجالات رئيسية يمكن أن يستفيد منها اخصائى الخدمة الاجتماعية من المداخل النظريةسواء أكان فى فهمها أم فى التعامل معها، وهذه المجالات تمثل السياق الذى تتم فيه الممارسة [٢] .

وكل اتجاه نظرى يؤكد قدرته على تناول قضايا وموضوعات دون غيرها، كما يتناول التأثيرات والتغيرات التى تحدث داخل الشخصية والانساق الاجتماعية الأخرى ، فكل مدخل من مداخل الممارسة يستخدم مجموعة من الوسائل لتقوية القدرات المهنية وتكشف عن

---

(1) Robert D. Vintér, The Essential Components of social Group work practice, in robert D. Vinter (ed) ;Readin in Group work practice, Michingan. coupers publishers. 1976. pp. 1-7.

(٢) ابراهيم عبد الرحمن ، وآخرون ، نماذج ونظريات تنظيم المجتمع ، القاهرة ، دار الثقافة للطباعة والنشر ١٩٨٣ ، ص ٢٨ ـ ٢٩ .

المصادر التى يمكن استخدامها كما تحقق مستويات أفضل لتحقيق التكيف الاجتماعي للأفراد وزيادة أدائهم الاجتماعى، وزيادة فاعلية الانساق الاجتماعية والمؤسسة - وحتى يحدث التكامل النظرى للممارسة لابد من استخدام مجموعة من المداخل النظرية لتكامل الوسائل لتحقيق أهداف الممارسة وتحقيق مستوى أفضل من الخدمات للمعوقين. فأختلاف المداخل لايضر بالممارسة بل يحقق مزيدا من الفاعلية فى تقديم الخدمة [1] .

ويمكن أن نحدد بعض هذه المداخل النظرية فى :

١- استخدام المدخل السلوكى فى مجال المعوقين :

خدمات نمو المعوقين :

الاجراءات السلوكية تستخدم فى كل مؤسسات الاقامة الداخلية والمؤسسات المفتوحة التى ترعى المعوقين سواء ، أكانوا أطفالا أم كبارا ، فتصمم البرامج وتركز على مهارات تعلم الرعاية الذاتية مثل : كيف يمكن للمعوق أن يرتدى ملابسه، وكيف يمكنه أن يتحدث وتعليمه المهارات الاجتماعية وزيادة قدراته فيها، وكذلك مساعدة العاملين فى المؤسسة والوالدين ، وجماعات الرفاق والذين يمكن لهم أن يؤثروا فى سلوك المعوق، كما تعمل هذه المؤسسات على نمو قدرات الأعضاء الجدد وبذلك يمكن مساعدة الآخرين من خلال تلك القدرات [2] ، وتستخدم الخدمة الاجتماعية مدخل تعديل السلوك وذلك لعدة أسباب منها : أن المنهج السلوكى هدفه هو زيادة قدرة الفرد على أداء وظائفه

(1) Max Siporin, op. cit., pp. 148 - 150.
(2) Eileen D. Gambrill, Behavior Modification, Hand book of Assesment, Intervention and Evaluation, San francisco : Jossey-bass, 1977, pp. 122- 129.

الاجتماعية والقضاء على ما قد يواجهه من مشكلات تعوق هذا التوظف وتعمل الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطرقها المختلفة بصفة خاصة في مجال المعوقين على تحقيق ذلك الهدف ، كذلك يستخدم التعديل السلوكي عشرات الأساليب العلاجية ويمكن للاخصائي أن يتخير منها مايناسب طبيعة البيئة وطبيعة الأعضاء والمؤسسة، كذلك يصلح مدخل تعديل السلوك مع مختلف الأعضاء مع اختلاف مستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية وتستخدم الخدمة الاجتماعية التعديل السلوكي في مشكلات ومواقف مختلفة إذ أتضح صلاحيته لها، ويقوم التعديل السلوكي على مبادىء اجتماعية بيئية، ويسعى الى إجراء تعديلات محددة لاتشمل العميل فحسب بل تمتد الى بيئته المادية والاجتماعية لاسيما الأشخاص المحيطين به: كما يمكن تطبيق ذلك على المستويات الفردية والجماعية والمجتمعية ويتيح المدخل السلوكي عن طريق استخدام أساليبه تعلم وتدريب فئات معينة من الأباء والمربين .

٢- استخدام مفاهيم نظرية الدور في مجال المعوقين :

تحاول نظرية الدور تفهم السلوك الانساني بالصورة المعقدة التي يكون عليها ويصف سلوك اجتماعي يشمل عناصر حضارية واجتماعية [١] ، وتقدم لنا إطارا نظريا مناسبا في بعض المواقف يساعد الاخصائي على الموقف الذي يعمل من خلاله، كما تساعده على القيام بعمليات الممارسة المهنية من التحديد والتخطيط وتنفيذ الخطة ومتابعتها وتقويمها، كما أنها تفيد تطبيقيا على حالات الفشل في أداء الأدوار إلا أن هذا المفهوم بالرغم من تضمنه الجوانب بيولوجية واجتماعية ونفسية، فأن تركيزه الاساسي إنما ينصب على الجوانب

(١) كمال دسوقي ، دينامية الجماعة في الاجتماع وعلم النفس ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ١٩٦٩ ، ص ٢٧٦.

الادائية للوظائف الاجتماعية مع اغفال للفروق الفردية الدقيقة بين الأفراد وعدم توضيح الدوافع الخاصة . التى تكمن وراء السلوك الفردى لكل منهم... وأن أوضح لنا معنى استجابة الفرد بشكل عام "(١)" ، وتقدم نظرية الدور مفاهيم تمكننا من إدراك السلوك الاجتماعى فى الموقف ، ليتسنى لنا فهم البناء الاجتماعى ، إذ أنها ترتبط بالمطالب البنائية الاجتماعية، وأفكار العضو وسلوكه واهتماماته، كذلك ترتبط هذه المفاهيم بالقيم إذ تحدد مجموعة القيم السائدة والمتغيرة فى المجتمع والجماعة، وتوضح عملية الأدوار كما جاء فى رأى بارسونز أن عملية اكتساب الأدوار الاجتماعية أهم نتائج عملية التنشئة الاجتماعية باعتبارها عملية تعلم "(٢)" . كما أن مفهوم الدور يوضح مشاركة العضو فى الجماعة، يساعد على إشباع احتياجاته حسب نظام الجماعة التى ينتمى اليها، كما أنه من العناصر الهامة فى تكوين الدور الالتزامات الاخلاقية، فكل دور يتضمن مجموعة من الالتزامات الأخلاقية، ويؤكد قبول الفرد لهذه الالتزامات خلال عضويته للجماعة، وارتباطه بها، ولكن وقوف الفرد موقفا سلبيا من هذه الالتزامات أو قهره على قبولها، يولد لديه إحساس بالخوف والتوتر، ويقبل العضو الالتزامات الاخلاقية التى تحدد سلوك الدور خوفا من الجزاءات الرادعة فى الجماعة، وتنبع هذه الالتزامات الاخلاقية من مصادر مختلفة منها الإيديولوجيات التى تعبر عن ثقافة المجتمع السائدة وطبيعة العلاقات السائدة داخل بناء الجماعة .

---

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، نظرية الدور فى خدمة الفرد ، النظرية الوظيفية ، القاهرة، دار الثقافة للطباعة والنشر ، ١٩٨٤ ، ص ٦٤ ، ٦٥.

(٢) محمد سعيد فرح ، البناء الاجتماعى والشخصية، الاسكندرية، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٨٠ ، ص ٣١٥ .

كما يؤدى تعدد الأدوار فى البناء الاجتماعى وتباينها إلى نشأة مجموعة من العلاقات الاجتماعية الجديدة التى يواجهها العضو مع الأفراد الآخرين وتكون مجموعة من نماذج السلوك المتباينة التى يؤديها العضو فى الجماعة كلما اتسعت علاقاته، وخلاصة القول أن نظرية الدور لها قيمتها بالنسبة لاخصائى الخدمة الاجتماعية من زاويتين : الأولى أنها تقدم لها المحددات الاجتماعية للأنماط السلوكية للأعضاء ولشاغلى المراكز الاجتماعية، كما أنها فى نفس الوقت تقدم له مجموعة من المفاهيم والمصطلحات التى تساعده فى تحليل ألوان السلوك الاجتماعى، كما تساعده أيضا فى إدراك الكيفية التى توجه بها ثقافة معينة سلوك المعوق فى مواقف الحياة مما يجعل السلوك قابلا للتنبأ به بشكل أو بآخر ومن هذا المنطلق يستطيع الاخصائى أن يتوقع سلوك المعوقين فى المواقف المختلفة، وكيف يسير التفاعل فى الجماعة ولهذا فإن الاخصائى يستطيع أن يوجه الأدوار بما يلائم توقعات الأعضاء وعلاقاتهم فى الانساق الاجتماعية، ومن جهة أخرى فأن مفهوم الدور يستخدم أيضا فى تحليل سلوك الاخصائى نفسه أثناء قيامه بعمله مع المعوق ، وهذا يجعل الاخصائى قادرا على استيعاب أدواره مع المعوقين، وعلى ذلك فأنه بإمكاننا تحليل الكثير مما يواجه الاخصائى من مشكلات خلال عمله المهنى مع المعوقين على أساس فكرة توقعات الدور وصراع الدور .

٣- استخدام نظرية اللعب مع المعوقين :

تتيح الألعاب ضروبا منوعة من النشاط، ومجالا فسيحا من درجات التعقيد الذى يشبع رغبات المعوقين من مختلف الأعمار، وتحتاج الألعاب إلى درجات متفاوتة من القدرات الجسمية والعقلية

والتعاون. فهناك ألعاب لتكوين تنمية الجسم والتوافق العضلى العصبى ، كما أن هناك ألعابا لتنمية بعض القدرات العقلية، والبعض الأخرى يهتم بالتعاون والعمل الجماعى، وللألعاب فوائد متعددة منها أن المعوق يظهر واضحا عند ممارسته للألعاب، وتعتبر هذه فرصة لأخصائى الخدمة الاجتماعية لملاحظة المعوقين ودراستهم، كما تعتبر الألعاب وسيلة للتعبير عما فى نفوس المعوقين وتدريبهم على ضبط النفس ومقابلة حاجاتهم الانفعالية، كما يساعد اللعب على التخفيف من حدة التوتر الذى يتركز حول بعض الخلافات بين المعوقين وكذلك بعض الحوادث التى تحدث بعض المضايقات أو المناقشات العنيفة بينهم، كما يمكن أن تستخدم الألعاب للمعوق كمنفذ لنزعات الأفراد العدوانية والحرمان والكراهية وحب المقابلة وحب السيطرة لديهم، كما تظهر بوضوح درجة تقبل المعوق لمعرفة الآخرين عند ممارسة الألعاب المختلفة، وقد نجد بعض المعوقين ممن يقولون أنهم لايريدون أن يلعبوا ويودون فى قرارة أنفسهم أن يشتركوا فى اللعب ، ألا أنهم يخشون عدم تقبلهم واختبارهم بمعرفة زملائهم لعدم مهاراتهم فى اللعب أو غير ذلك من الأسباب ، والحقيقة أن المهارة فى الألعاب غالبا ماتعطى الشعور بالتقبل وتزيد الثقة بالنفس وتشجع على الاشتراك فى بعض الميادين الأخرى للحياة الجماعية، كما تظهر من خلال الألعاب ظهور قيادات حتى فى الأشخاص الذين يمكن لأخصائى الخدمة الاجتماعية تشجيعهم وتدريبهم على تحمل بعض المسئوليات وكسب الثقة بالنفس ، وتستخدم بعض الألعاب الخاصة كوسيلة لاكتشاف قدرات الأعضاء وحاجاتهم ورغباتهم عن طريق سلوكهم فى أثناء ممارسة هذه الألعاب وكذلك للكشف عن القدرات واحتياجات عملية التأهيل والعلاج [1]، ومن العرض السابق يتضح أن أهمية اللعب للمعوق تظهر فى :

(١) محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات، مرجع سابق ، ص ٢٣٧ ، ٢٣٨ .

أولا : أنها مجالا لممارسة القيادة وتعلم أصولها ..

ثانيا : يمكن من خلال الألعاب تحقيق التقبل للمعوق فى الجماعة .

ثالثا : يمكن من خلال الألعاب ظهور السلوك العدوانى للأعضاء كما تعتبر مجالا لعلاج مثل هذا السلوك .

رابعا : يعتبر اللعب مجالا لدراسة الاخصائى للمعوقين والتعرف على قدراتهم وإمكانياتهم .

خامسا : تساعد الألعاب المعوقين فى تكوين علاقات اجتماعية مع المعوقين الآخرين ومع أفراد من المجتمع، كذلك يمكن الكشف عن الاحتياجات التأهيلية .

ويلجأ الاخصائى سواء كان بمفرده ، أو مع العميل بتحديد الأشخاص الآخرين فى البيئة الخارجية الذين يمكن الاتصال بهم لمساعدة العميل مثل : الوالد - المدرس - صاحب العمل - اخصائى التدريب - اخصائى التأهيل .. الخ ، وتؤكد مداخل تعديل السلوك على أن تغير سلوك بيئة العميل يكون له أهمية سابقة لاستجابة العملاء لوسائل التغير وتؤكد النظريات السوسيولوجية على أهمية تعديل البيئة، وتعديل بيئة المؤسسة كمطلب أساسى لتقديم الخدمات بوسائل أكثر فاعلية للناس من خلال مؤسسات الرعاية الاجتماعية [1] .

٤- أهمية المدخل التفاعلى للعمل مع المعوقين :

يرى هذا المدخل أن الناس هم جزء من الكيان الاجتماعى ويتفاعلون اجتماعيا من خلال تحولات جمعية فى البيئة، فالبيئة تتكون من مواقف الحياة مجتمعة، وتشمل الأسرة ، والجماعات الصغيرة، والجيرة المحلية، ومن خلال هذه المواقف يتفاعل الناس تفاعلا رمزيا ،

(1) Ibid., P. 1270.

ويتبادلون الاصطلاحات والأدوار والمعايير تلك التى تقابل احتياجات كل فرد منهم وتساعدهم فى زيادة ادائهم الاجتماعى، ويتبادلون المصادر لينموا الوعى الاجتماعى وزيادة الروابط الاجتماعية "(١)" ، والأهمية التى يقدمها المدخل التفاعلى فى مجال الاعاقة هو أنه يساعد الإخصائى فى فهم سلوك الأعضاء المعوقين ، وتحليل عمليات الجماعة، وتحليل علاقات المعوقين ، كما يساعده فى فهم السلوك الذى ينتج عن تفاعل معوق مع معوق آخر أو مع شخص آخر ، وتحديد أنماط السلوك واتجاهات السلوك .

كما يساعدنا هذا المدخل فى فهم غرضية السلوك للمعوق إذ أن فهم غرضية السلوك من الموضوعات الهامة التى تساعدنا فى تفسير وتوجيه السلوك كما يوضح إتجاه العلاقات ، والمناطق التى تتركز فيها هذه العلاقات "(٢)" ، وفى هذا المدخل يعطى الممارس اهتماماته الخاصة للنسق ، ولمظاهر البيئة الصغرى Microenvironment أو لنسق الخدمة، وهذا يجعله قادر على فهم معانى الموضوعات والأهداف التى يعتنقها الأفراد فى مواقفهم الاجتماعية، كما يفهم التغيرات التى تحدث فى العلاقات المتبادلة بين المعوقين هذه المعانى التى تظهر لردود الأفعال والتحولات التى تتصل بالمشكلات التى تظهر فى أداء أدوارهم الاجتماعية، وهذا يجعل الاخصائي قادر على تناول الصعوبات والمشاكل التى تنشأ من خلال عمليات الاتصال، والصراع التى تظهر من خلال توقعات الأدوار والعلاقات خاصة فيما يتعلق بعملية التوحد الاجتماعي "(٣)"، ويحاول الاخصائى أن يساعد المعوقين من خلال وضوح التوقعات ، إذ أن وضوح التوقعات أمر لازم وضرورى لتنظيم

(1) Max Siporin, Op. Cit., P. 140.

(٢) محمود حسن ، مرجع سابق ، ص ٥٠٥ .

(3) Max Siporin, Op. Cit., P. 142.

السلوك الاجتماعى أثناء التفاعل . ويؤدى استقرار نسق التفاعل بين المعوق وغيره فى موقف الى تكوين توقعات واضحة للسلوك المرتبط بالأدوار ، كما يؤدى عدم استقراره الى غموض التوقعات وتعارضها، وتصير التوقعات متبادلة الطريقة التى تناسب السلوك المتوقع من الدور. فوضوح التوقعات يؤدى الى تنظيم السلوك الاجتماعى أثناء التفاعل [٢] فالمعوق لايستطيع أن يؤدى دور معينا دون حساب ردود الفعل المتوقعة من الأفراد الآخرين تلك التوقعات التى ترتبط بالمعايير الاجتماعية. كما أن توقعات المعوق لسلوك الآخرين ليست عملية ارتجالية بل أنها توقعات تخضع للنسق الاجتماعى، ويعتمد تحقيق التوقعات على درجة التماسك الاجتماعى [٣] ، ويفيد المدخل التفاعلى الإخصائى فى فهم توقعات السلوك والادوار واعادة بناء الجماعات حتى يشبع كل معوق احتياجاته وتتحقق أهدافه وبالتالى تتحقق أهداف الجماعات التى ينتمى اليها ككل

٥- استخدام المدخل التأهيلى الوقائى مع المعوقين :

يستخدم الاخصائي هذا المدخل لمقابلة الأهداف العلاجية للفرد والتى يمكن دراستها وتشخيصها بدقة لكل معوق من أعضاء الجماعة، وتلك من خلال معالجة الجماعات واعضائها لتحقيق الأهداف العلاجية المختلفة والمتميزة للمعوقين، ويستخدم الاخصائى هذا المدخل لتحقيق نتائج علاجية ووقائية لأعضاء الجماعة من خلال تنمية الجماعة ذاتها .

ويمكن أن يستخدم هذا المدخل لاشباع احتياجات المعوقين

---

(1)Herbert S. Strean, Role Theory, in Francis J. Turner. social work treatment, N Y.. The Free press. 1978. P. 314
(2) Ibid., P. 315.
(3) Ibid. P 316

للعلاج والوقاية وذلك من خلال دراسة تلك الحاجات وتشخيصها، وهو بذلك يناسب طبيعة ذوى العاهات إذ يحتاجون للعلاج من المشاكل المتصلة بالاعاقة وآثارها المرتبطة بالسلوك والعلاقات الاجتماعية. كما يستخدم هذا المدخل أيضا لاحداث أنواع من التغيرات فى شخصية المعوق والبيئة الاجتماعية المحيطة وهو بذلك يحقق هدف هام من أهداف الخدمة الاجتماعية، ويستخدم الاخصائي فى هذا المدخل وسائل مختلفة لتغيير بعض الخصائص فى الجماعة لمساعدة المعوقين فى تحقيق أهدافهم، ومن هذه الوسائل البرنامج، وأساليب تعديل السلوك، وأسلوب حل المشكلة واستخدام بناءات الجماعة ثم نمو الجماعة، وكل هذه الوسائل تعتبر أهداف تحققها الخدمة الاجتماعية - كما يركز هذا المدخل على الجماعة الخارجية كوسيلة من وسائل التأثير إذ يقوم الاخصائى بتعديل اتجاهات السلوك فى البيئة الخارجية للمعوق، كما يقوم بذلك مع النسق الاجتماعى الأكبر .

ونرى فى النهاية أن هذا المدخل يقدم كثير من الحلول لممارسة الخدمة الاجتماعية وخاصة في تحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية، وتظهر أهمية المدخل الوقائى والتأهيلى فى الخدمة الاجتماعية خلال :

وسائل التأثير:

يقسم فينتر Vinter وسائل التأثير طبقا للمدخل الوقائى والتأهيلى الى وسيلتين :

الأولي : وسائل التأثير المباشرة :

ويحدد أربع وسائل للتأثير المباشر هى :

أ- الاخصائى باعتباره شخص مركزى هدف لعملية التوحد والقيادة تتصل أفعاله وأعماله ومشاعره بمشاعر أعضاء الجماعة من المعوقين .

ب - الأخصائى بأعتباره رمز وممثل حقيقى للأنماط والقيم وقدوة لأعضاء الجماعة من المعوقين .

جـ - الأخصائي كمحرك ومثير للتفاعل ، يعرف المعوقين أهدافهم وأدوارهم ومسئولياتهم وأعمالهم، كما يستخدم النصح أحيانا، وأحيانا يقوم بتفسير الأسباب السيكولوجية للسلوك .

د - الاخصائي كأداري ومنفذ لأعمال الجماعة، حيث يتحكم فى أدوار العضوية فى الجماعة، ويقوم بتصنيف وأعطاء المسئوليات ، ويزود الأعضاء كذلك بخبرات الترويح ، والنشاط الاجتماعى .

الثانية - وسائل التأثير الغير مباشرة :

تستعمل الوسائل الغير مباشرة للتأثير مع الجماعة باعتبارها نسق للعمل يميز طريقة العمل مع الجماعات، ويستخدم الاخصائى الوسائل الغير مباشرة لتغير بعض الشروط والخصائص فى الجماعة لمساعدة الأعضاء فى تحقيق أهدافهم، وهذه الشروط قد تتمثل فى تكوين الجماعة، وتحديد حجمها، وأغراضها وبناءها، وعملياتها والأدوات غير المباشرة التى يستعملها الأخصائى سواء مع الجماعات السوية أو ذوى الاحتياجات الخاصة هى :

أ- استخدام بناء الجماعة : يتكون بناء الجماعة من المراكز المتميزة فيها، وترتيب بعضها بالنسبة للبعض الآخر، ويمكن من هذه الناحية، وبين الجماعات على أساس المقارنة بين الأفراد من حيث المراكز والمكانات، ودرجة التوحد مع الجماعة، وكذلك مركز المعوق فى شبكة الاتصال فى الجماعة وكما يقول كارترايت وزاندر « أن تنظيم بناء الجماعة يؤدى إلى أقصى درجات الكفاءة، بحيث تحدد وظائف كل مركز من المراكز، ومسئولياته نحو المراكز الأخرى ، وسلطاته عليه ، وطرق اتصاله ببعض المراكز الأخرى فى شبكة الاتصال .

ويحاول الاخصائي أن يستخدم بناء الجماعة، كوسيلة لتحقيق الأهداف الخاصة بالأفراد والجماعة، كما يحاول أن يساعد في تعديل ذلك البناء حتى يساعد المعوق والجماعة بطريقة أفضل ومن الوسائل التي يستخدمها لكي يعدل من بناء الجماعة هي :

أولا - البرنامج : يقصد بالبرنامج كل الأنشطة التي تقوم بها الجماعة بما فيها الأنشطة الترويحية والأنشطة الاجتماعية التي يستعملها الأعضاء في الجماعة ، ويستخدم البرنامج كوسيلة لتحديد الأدوار، وتغيير البناء ويحدث هذا التغيير من خلال أنماط الاتصال التي يحددها البرنامج (١) .

ثانيا - تعديل السلوك : يتم تعديل السلوك من خلال تعديل وتغيير بناء الجماعة حتى يلائم المواقف الجديدة التي تواجه الجماعة، فمثلا يغير القائد من سلوكه ليلائم الموقف الجديد الذى تمر به الجماعة .

ثالثا - حل المشكلة : فيقصد بنموذج حل المشكلة هو « أن أى فرد أو أى نسق اجتماعي يتحرك حركة مؤثرة في اتجاه التغير وقد يحدث ذلك التغير من خلال النسق نفسه، وقد يحتاج الى من يساعده على احداث ذلك التغيير، من خلال التفكير المنطقي ومعرفة النشاط وتقسيمه الى مراحل، كل مرحلة تحتوى على نوع خاص من أهداف العمل ، فتستطيع الجماعة أن تواجه مشاكل البناء ، من خلال عمليات تحليل الصراع والتفكير المنطقى ، وتستخدم الجماعة وسائل فيها الجاذبية لتغيير سلوك أعضاء الجماعة (٢) .

رابعا - التغير في تكوين الجماعة : تختلف الجماعات في

---

(١) لويس كامل مليكه ، سيكولوجية الجماعة والقيادة ، القاهرة ، مكتبة العالم العربي ، ١٩٦٤ ، ص ص ٢٢٧ - ٢٢٩

(2) William Schwartz. Interactionist Approach. Op. Cit.. P. 1269.

عضويتها، فمنها الجماعات المفتوحة والمغلقة، فمن العوامل التي تحدد الجماعة إذا كانت مفتوحة أم مغلقة هو غرض الجماعة، والأعضاء الداخلين في عضويتها، وهناك من العوامل الاجتماعية التى تؤثر فى تكوين الجماعة، مثل الجنس ، والسن ، والطبقة الاجتماعية، والقيم الاجتماعية، وجماعة الأصدقاء ، وكل هذه العوامل تؤثر فى تغيير تكوين الجماعة (1). فقد يتأثر تكوين الجماعة بأضافة عضو جديد أو انسحاب اعضاء آخرين من الجماعة كذلك فإن تغير حجم الجماعة يغير من تكوين الجماعة (2) .

خامسا - نمو الجماعة : لقد ذكر علماء العلوم الاجتماعية والممارسين للخدمة الاجتماعية، الذين قاموا بالعمل مع الجماعات وجماعات المعوقين أن الجماعات تمر بمراحل للنمو وقد يظهر ذلك النمو فى جلسة أو اجتماع واحد ، وقد يأخذ ذلك وقتا أطول من وقت الاجتماع ومن خلال عدة اجتماعات وقد يتوقف هذا النمو على مجموعة من الأنشطة التى تقوم بها الجماعة، مثل تكوين الجماعة، وحجمها، وعلاقات الأعضاء ، والأنشطة التى تقوم بها الجماعة، وطرق اتخاذ القرار فى الجماعة، وطرق تحقيق الأهداف، وأهداف المؤسسة (3) فعندما تستمر الجماعة لوقت طويل ، تتغير أشكال التنظيم الاجتماعى فى الجماعة، وعمليات الجماعة، وثقافتها، ويحاول الاخصائى أن يتابع الجماعة بالرجوع الى التغيير ويساعد الجماعة واعضائها فى تحقيق أهدافها .

سادسا - استخدام عمليات الجماعة : تعتمد عمليات الجماعة على مجموعة من الأسس والأبعاد التى حددها روسمارى Rosemary

(1) Margaret Hartford Op. Cit., P. 96 - 97.
(2) Op. Cit., P. 1271.
(3) Margart E. Hartford, Op. Cit., P. 63.

وجلانسكى Glanisky منها : العمليات تتصل بالتغيير فى التنظيم الاجتماعى ونظام العميل والاخصائى، والعمليات تتصل بالنشاط ، والمهام والأعمال والعمليات تتصل بنمو ثقافة الجماعة، فعلى سبيل المثال يحدد ثيدور ميلز Theoder Mills أن العاطفة : تحرك الحاجة للخدمة، والحاجة للخدمة فى المقام الأول تسبب تكوين الجماعة، ثم بعد ذلـك يتحقق الاشـباع والرضا نتيجة الخبرات الجماعية من خلال الجماعة ودور الاخصائى هنا هو أن يـدرك الأهـداف المناسبة، ثم يحدد من العمليات التى تزيد أو تقـلل من عمليات الجماعة وتحقيق أهدافها .

الجماعة الخارجية كوسيلة من وسائل التأثير :

نعنى بالجماعة الخارجية تعديل السلوك والاتجاهات فى بيئة المعوق أو فى النظام الاجتماعى الكبير الذى يشترك فيه العملاء والأفراد الآخرين ومن خلال استخدام مكانة الأعضاء الاجتماعية والتى تؤدى الى تغير ايجابى لسلوك العضوية فى الجماعة .

٦- أهمية المدخل الايكولوجي للخدمة الاجتماعية مع المعوقين :

عند مناقشة المفاهيم التى تقع تحت المدخل الايكولوجى نجدها تزودنا بالاحساس الذى يجعلنا نفهم معنى حياة المعوقين وعلاقتها بالبيئة، والهدف الأولى للخدمة الاجتماعية هو ايجاد نوع من التوازن بين الأعضاء وبيئاتهم الاجتماعية، ويوضح المدخل الايكولوجى المفاهيم التى تستخدمها الخدمة الاجتماعية مثل بيئة المعوق: توجد لأي بيئة مجموعة من المصادر ومعرفتنا بيئة المعوق يجعلنا نطلع على هذه المصادر إذ أن المصادر تجعلنا قادرين وتزيد من معارفنا ، واذا كان تنظيم الفرد يتكون من القدرات التى تشمل المعرفة، والسلوك، والعاطفة، والجوانب الاجتماعية الأخرى ولاتتكون هذه القدرات الا من خلال تفاعل المعوق مع بيئته الاجتماعية ومعرفته ببيئته تجعل الاخصائى قادر على تجنب

كثير من الصراع الذى يحدث بين المعوقين وبيئاتهم . هذا الصراع الذى يحدث نتيجة لاختلاف القيم والعادات والعزف والأخلاق فى البيئة، والمفهوم الآخر الذى يقدمه المدخل الايكولوجى ويعتبر هام للخدمة الاجتماعية هو مفهوم : حدود الجماعة، فالجماعة ليست مستقلة ذاتيا بل أنها تقع بين التأثيرات الداخلية للجماعة والتأثيرات الخارجية، وتوجد كثير من الأشكال التى توجد عليها العلاقات الداخلية والخارجية والتى ينتج عنها التأثيرات فهناك تداخل فى عضوية الجماعة يحدث نتيجة وجود المعوق بين الماضى والحاضر، وعضويته لكثير من الجماعات الأخرى رغم وجود حدود الجماعة، فعندما يصبح الشخص عضوا فى الجماعة فأنه رغم عضويته لهذه الجماعة فأنه ينقل الى عضويتها ومعه كثير من العادات والقيم والسلوكيات التى تعلمها فى أسرته وجماعته الأولية، وتفيد هذه المعلومات الاخصائى عندما يتعامل مع المعوق ويفسر سلوكه .

ومفهوم آخر هام للخدمة الاجتماعية هو : مصادر البيئة : تعتبر المصادر هامة للبيئة، إذ توضح القدرات والمهارات التى يأتى بها الأعضاء، بالاضافة لمعرفة القيم والمعايير، ويستخدم الاخصائى القدرات والمهارات والقيم ليخلق مناخ ملائم يؤدى الى احداث التغيير، وتوجد هذه المصادر بين الأعضاء ، وتعنى بها المعرفة، والادراك الحسى والمحبة، والعلاقات المتداخلة، ويحاول الاخصائى من خلال معارفه ومهاراته أن يغير من طبيعة القدرات فى البيئة، من خلال العلاقات بين الأعضاء بعضهم وبعض ، وتتحرك الجماعة من خلال هذه العلاقات نحو العمل، فالجماعة تعتبر وحدة متكاملة مترابطة .

والمفهوم الأخير هو : تغير الجماعة : يتضمن تغير الجماعة التحولات والتفاعل بين الاخصائى وبين اعضاء الجماعة، ومن خلال عنصر الوقت الذى توفره البيئة هناك ثلاث عمليات ديناميكية

يتضمنها تغير الجماعة، الأولى الديناميكية الداخليـــة وتشير الى العلاقات بين الأعضاء ، والثانية الديناميكية المتولدة أو الناتجة Gener-tive Dynamic وتتجدد بالعلاقات بين الأعضاء وبين الاخصائى ، وتشمل أهداف الأعضاء، وأهداف الجماعة ، وسياسة المؤسسة ، وقيم المهنة، ومعلومات الاخصائى ومهاراته الديناميكية الخارجية ويقصد بها العلاقة داخل الجماعة من خلال معطيات البيئة الخارجية والتى تظهر مباشرة فى وظيفة الجماعة، فلا يستطيع الاعضاء أن يكونوا فى صراع ، وفى نفس الوقت لايستطيعون أن يكونوا فى سلام. فلايستطيع أن يعبر الأعضاء عن حبهم وعدوانهم فى نفس الوقت ، وتستطيع الجماعة أن تتدرب على السلطة من خلال الحكم فى عمليات الصراع، والتحولات بين الأعضاء والجماعة تحددها ثقافة الجماعة والتى تنشأ من خلال العلاقة التى تنظمها هذه التحولات .

فالاداء الجيد هو نتيجة للتفاعل والتوازن بين النسق الانسانى الايكولوجى وبين الوحدة الانسانية والبيئة. فتحدث عملية التوازن والتبادل الايكولوجى نتيجة لتبادل المصادر ، والحاجات ، والتوقعات ، والدوافع ، والمتطلبات ، وسوء الأداء الاجتماعى ينتج نتيجة لضعف التوازن الايكولوجى بين الناس وبيئاتهم الاجتماعية (1) .

ويقدم المدخل الايكولوجى مستوى عام من المفاهيم والاجراءات التى تحتاج لها عملية الممارسة فى الخدمة الاجتماعية، كما يعطى تعبيرات ذات قيمة وخاصة فيما يتعلق بالفرد وتحولات الموقف من البناء والوظيفة، وتطور العلاقات ومساعدة الأفراد لتحقيق التوازن بينهم وبين البيئة الاجتماعية .

أما الأهمية النظرية للمدخل الايكولوجى فى أنه يوضح المخاطر التى تكتشف ويختبرها كما يساعد فى بناء النظرية. كما أنه يسهل

(1) Max Siporiin, Op. Cit.. P. 126.

ويسر عملية التطبيق ويختبر المفاهيم النظرية، والاجراءات التى تعتبر وسيلة لحل عدم الانسجام المعرفى وتكسبها التلائم، والتكامل النظرى، وتكون مبادىء الممارسة والاستراتيجيات والاساليب الفنية (١).

فيؤكد هذا المدخل على عملية المساعدة التى تعتمد على المهام التعاقدية أو الاتفاقية. وتساعد البيئة من خلال التدخل فى النسق. فيحسن الأداء والقدرة لنسق خدمات المؤسسة، ويتناول قدرات الأفراد كأفراد وكجماعات (٢).

٧- أهمية نظرية المجال للمعوقين :

ترجع أهمية نظرية المجال للخدمة الاجتماعية إلى أنها تقدم مفاتيح لتحليل العمليات التى تحدث فى اجتماعات جماعة المعوقين وتقدمها بكفاءة عالية. كما تحدد معايير الاخصائى والأعضاء مستوى الاحاسيس والمشاعر فى الجماعة وتشمل عملية الردراك ومن خلال التحليل البناء للظواهر الجماعية، وهى التى تمثل موضوع التحليل، وفى العمل مع المعوقين يساعدنا هذا المنهج فى النظر لأفعال الأعضاء فى علاقاتهم التفاعلية، ومن ثم فإن كلا من النظرية والممارسة العملية تساعدنا فى أن ننظر الى السلوك الجماعى نظرة نعترف بالحالة الفردية، وبالقوانين العامة فى نفس الوقت ويكون تحليل بناء الجماعة والبيئة ديناميا بالقدر الذى تستخدم فيه تكوينات، تيسر تنظيم البيانات الامبيريقية فى نظام متماسك، والسلوك نفسه سواء كان فرديا أو جماعيا، دينامى ، اذا كان التغير فى جزء يتبعه تغير فى كل الأجزاء الأخرى ، ومن ثم فالبيئة كيان مادى وكل دينامي ، وتنظر اليها على أنها كل متفاعل الأجزاء ، أو توحد متبادل بين الأفراد فى علاقات تعاونية تفاعلية، والجماعة الدينامية فى ضوء هذه النظرية ليست مجموعة من الأفراد يعتمد كل

---

(1) Max Siporin, Op. Cit., P. 152.
(2) Ibid., P. 153.

منهم على الآخر، ولكنها جماعة من الأشخاص الذين يدركون سيكولوجيا بالعلاقات بينهم، والذين يتحركون نحو هدف اتفقوا عليه جماعيا، وتفيد نظرية المجال الاخصائى فى تكوين بعض مفاهيم الممارسة منها :

أ- يتأثر مستوى طموح العضو المعوق فى تنفيذ مسئولية ما فى محل بمعايير الجماعات التى ينتمى اليها .

ب - إن مواقف النجاح والفشل التى يواجهها المعوق لها تأثير على توقع العضو بمستوى إنجازه المقبل .

جـ - النظرة للمعوق نظرة كلية من خلال تفاعله مع المجالات التى ينتمى الى عضويتها .

د- إن الاشباع الجزئى لحاجات المعوق لايحقق النمو له، بل أن الاشباع الكلى لحاجة العضو تؤدى به لعملية النمو وتحقيق الأهداف..

محتويات الكتاب



مع تحيات

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفون : ٥٢٧٤٤٣٨ - الإسكندرية

التأهيل المجتمعى لذوى الاحتياجات الخاصة





الأستاذ الدكتور
محمد سيد فهمى
الأستاذ بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية
بالأسكندرية

دكتور
محمود عبد الرحمن حسن
مدرس بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية
بالأسكندرية







